# L'UNION MÉDICALE

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

# L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

## DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

### MORAUX ET PROFESSIONNELS

## DU CORPS MÉDICAL

GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

RÉDACTEUR EN CHEF : le docteur L.-GUSTAVE RICHELOT.

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-SEPTIÈME



PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 1.

ANNÉE 1889

**Sommaire**



# REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

## 1° Les principaux emplois de l'ichthyol.

## 2° Le succinimide et le salicylate de mercure.

### I

M. le professeur Nussbaum (de Munich) a récemment étudié avec détails les effets produits par l'usage interne de l'ichthyol, et il promet à ce médicament une place éminente dans la thérapeutique.

A l'extérieur, l'ichthyol, introduit par Unna, a déjà été beaucoup employé. Nussbaum rappelle cependant les bons résultats qu'il a obtenus par son application locale contre des douleurs goutteuses très intenses, durant sans interruption depuis trois et quatre heures, les eczémas et enfin un cas de tumeur blanche. L'utilité contre les eczémas avait été admise par un grand nombre d'auteurs. Rabe l'a conseillé (pommade à 3 d'ichthyol pour 30 de vaseline) dans l'eczéma intertrigo et l'érythème exfoliatif de la face. D'autre part, Bylieff, Lorenz et Sorokine l'ont prescrit avec succès contre l'érysipèle, et dans celui du cuir chevelu on a combiné son emploi avec des applications de glace.

Le docteur Félix (de Bruxelles) le vante contre l'anthrax, sur lequel il applique trois fois par jour une couche épaisse de pommade renfermant 4 grammes de substance active pour 15 grammes de cérat camphré. Le lendemain de ce pansement, on introduit dans chacun des petits points blancs de suppuration la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. L'inflammation et la douleur sont rapidement diminués et l'élimination du bourbillon très activée.

Dans les brûlures du premier et du deuxième degré, il est très utile et apaise très vite les douleurs. Klony a traité avec succès les engelures par un mélange à parties égales d'ichthyolate d'ammonium et d'huile de térébenthine. Il a réussi aussi à calmer les douleurs de l'odontalgie avec un mélange de sulfo-ichthyolate et de chloroforme (3 à 1).

Dans son emploi externe, il faut faire attention à l'intégrité de l'épiderme. Quand il atteint le derme, l'absorption devient trop forte, et alors surviennent des phlyctènes et des éruptions vésiculeuses. Il convient très bien (Unna) aux personnes qui ont la peau fine et délicate, dans le cas où il y a contre-indication pour des agents plus violents (acide pyrogallique, chrysarobine).

Les applications chirurgicales de l'ichthyol peuvent être fort étendues. Il

est surtout indiqué dans le traitement des trajets fistuleux, dans les plaies profondes, dans les plaies de tête par instruments tranchants. Dans l'hydrocèle, il serait préférable à la teinture d'iode. Son emploi exclusif est contre-indiqué, quand on cherche la réunion par première intention.

Un grand nombre de maladies, d'après Nussbaum, relèvent de l'usage interne de l'ichthyol. Ce sont non seulement les affections goutteuses et rhumatismales, mais surtout des maladies de la peau.

L'emploi *intus et extra* doit d'abord être recommandé dans les diverses formes de lupus et de lèpre, d'eczéma et d'herpès.

Unna donne 5 gouttes en même temps qu'il l'applique comme topique. Dans la couperose érythémateuse ou eczémateuse, on emploiera la pommade à 2 p. 100; dans la couperose acnéique, de 10 à 25 p. 100; dans les diverses formes d'eczéma, on devra agir avec prudence quand l'épiderme n'est pas intact, mais il est excellent contre le prurit. Notons encore le lichen des enfants, l'urticaire aiguë ou chronique, etc. (Unna, Stelwagon). Cependant, Jackson le regarde comme un simple adjuvant dans les affections cutanées.

Toutes les dilatations capillaires, les inflammations chroniques du nez et de la gorge, les hyperémies du larynx et du pharynx, même l'asthme coïncidant avec l'eczéma, les troubles de la digestion, les névralgies du bassin, la sciatique ont été traités par l'ichthyol à l'intérieur avec les meilleurs résultats.

C'est, pour le médicament, un malheur, dit le professeur allemand, qu'il soit recommandé dans tant de maladies. Il semble que l'on veuille en faire un médicament universel, tandis que, si l'on étudie les faits, on voit que les cas où on le conseille ont un point commun qui explique le succès de la médication.

Toutes les maladies ou affections dans lesquelles l'ichthyol se montre utile s'accompagnent d'hyperémie et de dilatation des capillaires.

Localement, à l'endroit ou la substance touche les capillaires cutanés, elle provoque leur rétrécissement; absorbée, elle n'influence favorablement l'asthme, les troubles digestifs, les névralgies du bassin et la sciatique que quand ceux-ci sont plus ou moins liés à de la dilatation vasculaire.

Par là s'explique les échecs que l'on éprouve parfois par l'emploi du médicament dans ces maladies. Les observations de Nussbaum concernent surtout des névralgies avec douleurs dans les os, les articulations et les muscles, qui avaient été traitées pendant des mois sans succès par les moyens les plus variés et qui ont disparu en quelques jours, une ou deux semaines au plus, avec arrêt de la maladie.

Dans des inflammations nettement goutteuses, où la mobilité était très diminuée par des exsudats et où chaque mouvement de la jointure s'accompagnait de craquements, la douleur disparaissait habituellement d'abord, puis bientôt le fonctionnement de l'articulation devenait satisfaisant.

Doubelic l'a vu aussi calmer la douleur dans le rhumatisme, mais la tuméfaction restait stationnaire.

Il y a beauboup d'états pathologiques où les capillaires sont dilatés; cela explique l'emploi fréquent que l'on peut faire de l'ichthyol, et les maladies variées dans lesquelles il peut être utile. Comme seul inconvénient, Zuelzer a noté des éructations (*Der Forschritt,* 20 janvier 1887). Cependant, on a vu une intolérance gastrique complète pour 1 gramme au bout de deux jours.

Quelle est la constitution de l'ichthyol ou plutôt, si l'on ne considère que le corps employé le plus souvent en médecine, de l'ichthyo-sulfate de soude? On y trouve du carbone, de l'hydrogène, du soufre, du sodium et de l'oxygène, et il provient du traitement par l'acide sulfurique, puis par la soude, du produit de distillation d'une roche bitumineuse du Tyrol. Cette roche proviendrait elle-même de la putréfaction de poissons fossiles. D'après sa composition, le nouveau médicament serait à la fois antiseptique et résolutif.

L'action sur la nutrition et la sécrétion urinaire a été étudiée en détail par Zuelzer. L'urine se fonce et prend une odeur de violette. Il y a diminution de l'azote éliminé dans la proportion de 14 p. 100. Malgré la grande quantité de soufre que renferme l'ichthyol (15,27 p. 100, Baumann et Schotter), la quantité des produits soufrés de l'urine est diminuée; on y retrouve cependant les combinaisons soufrées provenant de l'ichthyol. Il semble donc que les produits azotés et soufrés de l'alimentation ou des tissus soient retenus dans l'organisme et cela indiquerait pour Zuelzer la reconstitution des tissus qui renferment ces substances.

D'après ses analyses, Zuelzer a considéré l'ichthyol comme antidéperditeur. Il l'a employé dans la blennorrhagie chronique, la pyélo-néphrite, la néphrite, le diabète sucré; les malades recouvraient rapidement la santé et l'embonpoint, et leur poids augmentait de 2 à 6 kilogrammes dans l'espace de deux mois.

Unna a beaucoup insisté sur ce fait que, dans l'ichthyol, le soufre se trouve combiné d'une telle façon que l'on ne peut l'extraire qu'en détruisant la molécule. Il se range, avec la résorcine, dans les médicaments réducteurs.

Comment prescrire l'ichthyol? Nous avons donné plus haut des formules de pommade. Comme il a une saveur et une odeur bitumineuses désagréables, Nussbaum a conseillé, pour l'intérieur, l'emploi des pilules.

Ces pilules sont de 0,10 chacune, et on donne rapidement de 2 à 5 pilules deux fois par jour (il faut remarquer, ce qui du reste ne change rien aux doses, que Nussbaum emploie la combinaison de l'ichthyol avec l'ammoniaque). En cas d'insuccès, on augmente jusqu'à 12 pilules matin et soir.

Aussitôt que l'effet désiré est obtenu, il faut interrompre pour éviter l'accoutumance. Mais, si la maladie récidive, on doit recommencer non avec 2 pilules, mais avec la dose de la fin du précédent traitement, par exemple matin et soir 10 pilules; en effet, les petites doses ne sont alors que rarement utiles.

Les seuls accidents observés sont quelquefois de la gêne stomacale et de l'eczéma provoqué. En dehors de ces inconvénients qui sont rares, on peut aller jusqu'à des doses très fortes, 5 grammes par jour.

II

M. le docteur Vollert, ex-assistant de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Strasbourg, vient de publier un travail intéressant sur l'emploi du succinimide de mercure en injections sous-cutanées dans le traitement de la syphilis.

Ce composé a été découvert par Dessaignes en 1852 (*Annales de chimie et de physique,* 3e série, t. XXXIV, p. 146) et a été employé pour la première fois par von Mering dans un but thérapeutique et recommandé en injections sous-cutanées.

Le succinimide est un produit de l'acide succinique qui s'obtient, entre autres modes de préparation, en chauffant l'anhydride succinique dans du gaz ammoniac. L'oxyde de mercure peut entrer en combinaison avec lui et former une poudre blanche, soyeuse, très soluble dans l'eau. Cette solution aqueuse est absolument claire; elle ne se trouble pas, même après un temps prolongé. Le succinimide ne précipite ni l'albumine, ni les liquides pleuraux, ni le liquide de l'hydrocèle.

La solution employée d'abord par Vollert est une solution à 2 p. 100, préparée en faisant dissoudre 2 grammes de la substance dans 100 parties d'eau et en filtrant ce liquide une ou plusieurs fois; 2 grammes de succinimide correspondent à 1 gramme de mercure. L'addition de cocaïne pour atténuer la douleur de l'injection n'est pas possible, parce qu'il en résulte un précipité. Cependant, Wolff a pu ajouter 0,01 de cocaïne par dose.

Vollert a comparé les effets obtenus avec ceux que donne le glycocolle de mercure en faisant des solutions équivalentes des deux corps et a fait, en deux mois et demi, 432 injections de succinimide.

Les avantages de ce dernier sont d'abord son inaltérabilité et la conservation facile de la solution. Elle se maintient des semaines parfaitement claire et ne fait que cristalliser un peu autour du bouchon.

L'emploi du glycocolle mercurique est beaucoup moins facile; on doit toujours alors faire une solution fraîche, en mettant en présence trois substances dans une proportion déterminée (sublimé, 3,75 p. 100; carbonate de sodium, 4,10 p. 100; glycocolle, 2,5 p. 100). *En quelques minutes*, la solution s'altère et ne peut être utilisée.

Les injections avec le succinimide sont loin d'être aussi douloureuses que les injections de glycocolle mercurique qui ne peuvent guère être employées qu'à l'hôpital, à cause des douleurs qui persistent longtemps après la fin de la cure, quelquefois pendant des semaines.

Les nodosités sous-cutanées sont beaucoup moins accusées avec le succinimide et elles se résolvent rapidement.

La seule infériorité vis-à-vis du mercure glycocolle serait une action un peu moins intense, mais, pour le reste, les avantages de la préparation sont des plus considérables.

Le succinimide est, en général, bien supporté. Ce n'est qu'exceptionnellement que Vollert dut cesser son emploi à cause des douleurs vives qu'il occasionnait.

Les douleurs ne sont pas la règle, surtout quand on associe la cocaïne, et le professeur Wolff a fait dans sa pratique privée environ 30 injections, sans que jamais les malades se soient plaints de douleurs.

Il faut relever que le succinimide convient parfaitement pour les malades du dehors. Chez eux, en effet, la préparation à choisir est souvent difficile, quand on veut administrer le mercure par voie hypodermique. Le cyanure de mercure occasionne peu de douleurs, mais il ne trouve qu'un emploi limité à cause de la faible intensité de son action et des réactions secondaires pénibles qu'il provoque dans beaucoup de cas sur l'intestin. On n'a guère à penser au mercure glycocolle à cause de l'intensité des douleurs. Le sublimé fait encore plus souffrir que cette dernière combinaison de mercure. Avec la peptone mercurique, il dépend de la bonté et de la qualité de la peptone, que l'injection soit indolore on non. En outre, cette composition s'altère très vite. Vollert a encore expérimenté l'urée mercu-

rique, mais l'a aussitôt rejetée, à cause des douleurs vives qu'elle occasionnait. Il n'a pas étudié l'oxyde jaune.

Au début, l'expérimentateur a eu beaucoup d'abcès. Ils devinrent plus rares quand on multiplia les soins locaux, qu'on fit bien attention d'injecter le liquide dans le tissu cellulaire sous-cutané. Le chiffre des abcès ne peut être donné ni comparé au chiffre total des injections, parce que, dans chaque cas, il n'y eut pas un contrôle suffisant de l'exactitude de l'application et que les injections ne furent pas toutes faites par la même main, selon la même méthode. Personnellement, M. Vollert a eu deux abcès en 210 injections. Le professeur Wolff, lui, a rapporté qu'il n'a jamais eu, en général, de suppuration dans les injections qu'il a faites lui-même. Pour éviter cet inconvénient que l'on retrouve dans tous les traitements de la syphilis par les injections sous-cutanées, il faut désinfecter le mieux possible l'appareil d'injection avant et après s'en être servi, et laver soigneusement l'endroit choisi pour la petite opération avec du savon et de l'éther.

Wolff conseille d'opérer de la manière suivante : il ne faut pas enfoncer l'aiguille verticalement comme le conseillent divers auteurs, mais on doit prendre un fort pli de la couche graisseuse. Puis on pousse l'aiguille parallèlement à la peau jusqu'au milieu du tissu cellulaire, de façon que la pointe ne soit pas trop près de la peau et qu'elle n'arrive pas jusque sur les muscles sous-jacents. Le liquide est alors lentement injecté, pendant que l'on masse doucement la bosse que l'on étale en continuant le massage une fois l'injection terminée. On répète chaque jour sur la partie inférieure du tronc, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Quelques personnes seulement trouvent une différence entre une solution forte (2 p. 100) et une faible (1,30 p. 100) au point de vue de la douleur. La différence au point de vue de l'action est, au contraire, très marquée et on devra, par conséquent, choisir la première, qui renferme 0,01 de mercure par seringue de Pravaz de 1 gramme, tandis que l'autre n'en contient que 0,0065.

Les 523 injections de Vollert se répartissent sur 28 patients qui reçurent en moyenne 19 injections. Dans les cas moyens, 24 injections suffirent pour faire disparaître tous les symptômes et introduire dans l'organisme un excès de mercure. Dans les cas plus graves, on doit aller à 30 ou 35 injections.

La règle est d'injecter chaque jour une seringue de Pravaz de 1 gramme. Rarement la stomatite force à interrompre.

Vollert conclut de ses recherches que le succinimide est un des meilleurs composés de mercure pour les injections sous-cutanées.

Parmi les sels de mercure récemment préconisés, il faut encore citer le salicylate. Ce sel, étudié d'abord par Lejoux et Grandval, a été préparé pour la première fois au Brésil par MM. Veiga et Delgado en 1886, et a été beaucoup employé par les médecins de Rio. A. Duprat a communiqué à la Société de biologie un travail sur son action physiologique, et le docteur Silva-Aranjo lui a consacré une étude complète. (*Bull. thérap.*, 88, 18.) Nous avons encore à citer des travaux parus dans le *Pharm. Rundschau*, VI, 1888, III, le *Monatshefte für prakt. Dermatol.*, 1888, 10, et *Der Fortschritt*, IV, 1888, 189, et enfin la thèse du docteur Bruno-Chaves (de Bahia).

Le salicylate de mercure forme une poudre amorphe, blanche, sans odeur, qui renferme 59 p. 100 de substance active. Il est décomposable par les

sels minéraux. On peut le donner par pilules de 25 milligrammes jusqu'à 3 par jour dans les cas graves.

Il est supporté facilement par l'estomac et n'entraîne pas les troubles gastro-intestinaux si fréquents avec les autres préparations; aux doses ci-dessus, il ne donne pas de stomatite. Il agit contre la syphilis d'une façon plus prompte et plus énergique que les autres préparations. (Silva-Aranjo, Bruno-Chaves). Ces avantages ont été aussi reconnus par Szadek qui a fait usage, pour l'usage interne, des pilules suivantes : salicylate de mercure, 1 gramme; excipient q. s. pour 60 pilules (3 à 6 par jour après les repas).

Les injections hypodermiques ont été peu employées. Moura-Brazil et Neves da Rocha en ont fait avec la formule suivante : eau distillée, 10 gr.; salicyl. d'hyd., 5 à 10 milligr. Szadek a employé, pour les injections intra-musculaires, une solution renfermant 0,20 de salicylate et 0,30 de mucilage de gomme arabique pour ò0 grammes d'eau distillée. Les malades ont reçu de 6 à 16 injections avec un intervalle variant de deux à trois jours entre chacune d'elles. Huit à dix sont généralement nécessaires. Les phénomènes de réaction locale ont été presque nuls, et on n'a pas observé d'abcès non plus que de symptômes d'empoisonnement général.

A l'extérieur, le salicylate de mercure active énormément la cicatrisation des plaques muqueuses et des ulcérations cutanées. Il détermine la résorption des syphilomes non ulcéreux. Szadek mélange le salicylate au sous-nitrate de bismuth et en fait une pommade.

Enfin, on a encore employé avec succès le salicylate d'hydrargyre contre les dermatoses parasitaires, en injections uréthrales dans la blennorrhagie, en collyre dans les conjonctivites catarrhales et granuleuses.

Paul Chéron.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Recherches sur l'anesthésie hystérique*, par M. Alfred Binet. — Les recherches suivantes ont été faites sur douze hystériques hémi-anesthésiques, appartenant à plusieurs services hospitaliers de Paris.

1° L'excitation d'une région anesthésique, quoique n'étant pas perçue par le sujet sous la forme d'une sensation tactile ou musculaire, détermine l'image visuelle de la région excitée; cette image visuelle peut être recueillie sur un écran que le sujet doit regarder fixement : elle dure aussi longtemps que l'excitation qui la produit. (Il est bien entendu que, dans toutes les expériences, on supprime pour le sujet la vue de la région excitée et l'on évite tout ce qui pourrait donner lieu à une *suggestion*.)

2° La piqûre de la région anesthésique détermine sur l'écran l'apparition d'un point sombre ou éclairé; une ligne, un dessin quelconque, tracés avec une pointe de compas sur la peau insensible, produisent sur l'écran le même dessin en lignes de couleur; une légère constriction autour du poignet ou du doigt de la main insensible fait apparaître l'image visuelle de ces parties; les mouvements passifs communiqués aux divers segments d'un membre anesthésique sont reproduits par l'image visuelle de ce segment et peuvent être comptés; enfin les diverses attitudes d'un membre, qu'on peut provoquer au moyen d'une contracture artificielle, se retrouvent également dans l'image visuelle.

3° L'excitation, avec le compas, de la peau insensible, provoque, selon l'écart des deux pointes de compas, et selon la région explorée, tantôt deux points visuels, tantôt un seul; on peut, grâce à cette méthode, mesurer cette sensibilité spéciale d'un membre

anesthésique comme on mesure celle d'un membre sensible, avec cette seule différence que, pendant l'exploration, l'interrogation de l'expérimentateur ne porte pas sur le nombre des sensations tactiles perçues, mais sur le nombre de points qui apparaissent sur l'écran. Mesurée par cette méthode, la sensibilité du membre soi-disant anesthésique parait généralement normale.

4° Les impressions visuelles produites par l'excitation d'une région insensible sont claires ou sombres, suivant les sujets ; à mesure que l'excitation se rapproche d'une région sensible, la couleur de l'impression se modifie régulièrement ; elle prend une teinte rouge. L'excitation des régions hypnogènes que l'on rencontre fréquemment chez les hystériques, sur le ventre et diverses parties du corps, provoque des impressions lumineuses dont l'éclat est comparable à celui de la lumière électrique. C'est probablement cette sensation lumineuse qui provoque la somniation.

5° Les images visuelles sont assez intenses pour s'extérioriser ; elles couvrent les objets extérieurs, elles suivent le mouvement des yeux, elles persistent les yeux fermés ; projetées sur un écran qu'on rapproche et qu'on éloigne, elles s'agrandissent, comme une image consécutive, et s'éclaircissent quand on éloigne l'écran ; dans le cas contraire, elles deviennent plus petites et plus intenses. Ces changements de grandeur de l'image visuelle sont faciles à constater en provoquant, à l'aide de deux piqûres, deux points lumineux dont on prie le sujet de mesurer la distance sur l'écran. Enfin les images visuelles ainsi provoquées revêtent la couleur complémentaire de celle des surfaces sur lesquelles on les extériorise.

6° Si l'on marque sur l'écran un point destiné à fixer le regard du sujet, l'image visuelle déterminée par l'excitation d'une région anesthésique est constamment localisée sur le point de fixation ; le lieu de l'excitation n'importe pas : que la piqûre soit faite la face, sur le membre supérieur ou sur le membre inférieur, la petite tache ainsi produite vient toujours couvrir le point de fixation. Si, pendant qu'on continue la première excitation, on en fait une seconde (nous supposons qu'il s'agisse de deux piqûres), la seconde image visuelle ne se confoud pas avec la première, mais se fixe à une certaine distance du point de fixation. Si, enfin, on supprime la première excitation et qu'on prolonge la seconde, la seconde image se rapproche par un mouvement lent du point de fixation et s'y localise. Après ce changement de position, la seconde image présente une couleur différente et apparaît plus distinctement. Ces expériences peuvent nous renseigner sur le champ de la vision mentale.

7° Lorsque deux piqûres sont faites simultanément à la peau insensible, les deux points visuels, chez quelques malades, apparaissent sur l'écrau, séparés exactement par la même distance que les deux piqûres, à la condition que cette distance ne dépasse pas 2 ou 3 centimètres ; pour les distances plus considérables, il s'opère, dans les perceptions visuelles, un phénomène de réduction.

8° Lorsqu'on trace des lignes sur la main insensible et que celle-ci est placée dans le même plan que l'écran, les lignes visuelles qui apparaissent sur l'écran sont parallèles à celles qu'on a tracées sur la main.

9° Les images visuelles provoquées, persistant aussi longtemps que l'excitation qui leur donne naissance, peuvent être fixées sur l'écran par le dessin dans leurs moindres détails.

10° La signification des images visuelles provoquées n'est pas constamment comprise par les sujets : lorsqu'on imprime un mouvement passif au doigt d'une main insensible, le sujet décrit parfois ce qu'il voit sur l'écran, comme une raie blauche, un bâton, une colonne, etc., bien que cette forme indécise soit réellement celle de son doigt, comme on peut s'en assurer par la concordance des mouvements du doigt et de l'image visuelle. Il résulte de ceci que la vision mentale a ses illusions comme la vision extérieure.

11° Les images visuelles provoquées ne sont jamais mises par le sujet en rapport avec l'excitation de son membre anesthésique ; le sujet ne se doute pas des expériences qu'on pratique sur sa sensibilité, il ne cesse pas de croire à son anesthésie.

12° Les images des régions anesthésiques du corps ne sont pas les seules qu'on peut provoquer par l'excitation de ces régions ; si l'on place un objet familier dans la main

insensible, le sujet voit cet objet sur l'écran; si l'on imprime un mouvement graphique à la main insensible, le sujet voit sur l'écran les lettres tracées.

*Sur quelques propriétés nouvelles du fluorure d'éthyle*, par M. H. MOISSAN. — « De mes nouvelles recherches sur le fluorure d'éthyle, il résulte que ce gaz paraît avoir, sur les animaux, une action différente de celle du chlorure d'éthyle qui possède des propriétés anesthésiques très marquées. En effet, le fluorure, respiré en petite quantité, produit d'abord une période d'excitation; mais, si la dose est augmentée, la mort ne tarde pas à se produire. Je citerai, comme exemple, l'expérience suivante : un cobaye de 360 grammes, placé dans une cloche pleine d'air, de sept litres et demi, dans laquelle arrivait lentement un courant de ce gaz, est mort après quarante minutes d'expérience, lorsque l'atmosphère renfermait 7 p. 100 de fluorure. Il a présenté, au début, de l'agitation et une respiration plus rapide, puis de la paraplégie, sans qu'il m'ait été possible de constater, avant la mort, aucun phénomène d'anesthésie. A l'autopsie, les poumons étaient rosés, le sang d'une belle couleur rouge; les ventricules du cœur étaient contractés et les oreillettes battaient encore une heure et demie après la mort apparente.

Si donc le fluorure d'éthyle a des propriétés anesthésiques, la zone maniable doit être très peu étendue et, lorsque la quantité augmente, ce gaz devient rapidement toxique. »

---

## VARIÉTÉS

### A PROPOS DU PROJET DE LOI SUR LE RECRUTEMENT MILITAIRE.

Par le docteur Ad. TISSIER.

Tel est l'état actuel de l'Europe, qu'une nation pour exister doit être toujours puissamment armée, toujours prête à repousser l'ennemi. Pour vivre en paix, elle est condamnée à être toujours sur le pied de guerre; c'est pour elle une question de vie ou de mort.

Cette situation que nous n'avons pas créée, mais que nous devons subir, exige une armée nombreuse, bien exercée, bien disciplinée, composée de tous les citoyens valides de 20 à 44 ans.

Tout homme en état de porter les armes, devra donc appartenir à l'armée active pendant douze ans, et à l'armée territoriale pendant douze autres années.

Savoir :

| | |
|---|---|
| Armée active ................................ | 3 ans. |
| Réserve de l'armée active ...................... | 9 — |
| Armée territoriale ............................ | 6 — |
| Réserve de l'armée territoriale .................. | 6 — |
| Total........ | 24 ans. |

Mais, pour qu'une loi sur le recrutement naisse viable, elle doit tenir compte de certaines nécessités sociales qui sont la force, la grandeur, la vie même d'une nation.

L'armée dépense et ne peut produire, il faut donc avec l'armée, et à côté d'elle, une puissance productrice qui la fasse vivre.

Cette puissance économique, c'est notre commerce, c'est notre industrie, nos arts, nos conquêtes scientifiques, notre littérature même, en un mot tout ce qui caractérise l'esprit français : aussi devons-nous la protéger, la défendre et assurer son développement et son indépendance.

Le problème que le législateur aura à résoudre est celui-ci : faire de bons soldats, vigoureux, bien disciplinés, d'excellents sous-officiers, voire même des officiers de réserve instruits et actifs, sans porter atteinte aux hautes études professionnelles.

Après avoir écrit en tête de la loi sur le recrutement que le service de trois ans dans l'armée active est obligatoire pour tous, que nul ne peut s'y soustraire, on devrait de-

mander davantage à ceux qui, étant l'élite de la nation par le savoir et par l'intelligence, peuvent donner plus; on introduirait dans la loi l'article suivant :

1° *Sont militarisés :* les Ecoles supérieures du gouvernement, les Facultés de l'Etat et autres établissements assimilés.

L'instruction militaire y sera donnée pendant trois années consécutives, par des officiers et des sous-officiers du cadre de réserve de l'armée active.

La solde des officiers et sous-officiers instructeurs sera payée par les élèves des établissements, Ecoles ou Facultés qui y recevront l'instruction militaire.

A la fin de la première et de la deuxième année de leur scolarité, à l'époque des vacances, les élèves habillés et équipés à leurs frais, seront incorporés dans les régiments de l'armée active pour accomplir une période d'instruction d'un mois.

A la fin de la troisième année de scolarité, les élèves auront à subir l'examen d'officier de réserve.

Les élèves reçus à cet examen feront une année de service dans l'armée active, savoir trois mois comme simples soldats, trois mois comme caporaux ou brigadiers et six mois comme sous-officiers.

Le brevet d'officier de réserve ne leur sera délivré à la fin de l'année passée dans l'armée active, qu'autant qu'ils n'auront commis aucune faute grave contre la discipline (1).

Les élèves qui, à la fin de la troisième année de scolarité, n'auront pas subi avec succès l'examen d'officier de réserve, seront versés dans l'armée active pour y servir pendant deux ans.

Les élèves sortant de l'Ecole polytechnique qui n'entreraient pas dans l'armée active ou dans un service public feront une année de service dans l'artillerie, avec le grade de sous-lieutenant de réserve.

Les élèves de l'Ecole normale supérieure feront, après leur sortie de l'Ecole, trois stages d'un mois comme sous-lieutenant de réserve.

*Dispositions particulières aux étudiants et aux docteurs en médecine, aux élèves en pharmacie et aux pharmaciens de 1re classe.*

Les élèves pour le doctorat en médecine ou pour le grade de pharmacien de 1re classe, au mois de décembre de l'année où ils accomplissent 20 ans, seront inscrits dans le service de santé d'un corps d'armée.

Cette inscription sera faite d'office par le médecin en chef du corps d'armée de la résidence légale de l'élève.

A cet effet, les pièces nécessaires lui seront directement adressées par le secrétaire de la Faculté ou de l'Ecole où l'élève fait ses études.

Avis sera donné à l'élève pendant le mois de janvier suivant, du corps d'armée auquel il appartient.

A partir de cette immatriculation, les élèves recevront l'éducation militaire pendant deux années consécutives, soit dans les Facultés ou dans les Ecoles supérieures de pharmacie, soit dans les Ecoles secondaires de médecine et de pharmacie.

Ils seront appelés à la fin de la première année et de la seconde année où ils recevront cette instruction, à l'époque des vacances, dans la section d'infirmiers du corps d'armée dans lequel ils sont immatriculés, pour y accomplir une période de stage d'un mois.

*En cas de mobilisation,* les élèves en médecine ayant moins de *huit* inscriptions, les élèves en pharmacie ayant subi l'examen de stage et moins de *cinq* inscriptions rempliront les fonctions d'infirmiers de visite.

Les élèves en médecine ayant de 8 à 14 inscriptions et les élèves en pharmacie ayant de 5 à 10 inscriptions rempliront les fonctions d'infirmiers majors de visite (2).

---

(1) Pour ne pas altérer la proportion des cadres, ces élèves, après la troisième année de scolarité, pourraient être appelés par tiers à trois mois d'intervalle.

(2) On aurait ainsi, en cas de mobilisation, 4 générations d'étudiants comme infirmiers, c'est-à-dire plus de 1,200.

Les étudiants en médecine ayant 14 inscriptions, les élèves en pharmacie ayant 10 inscriptions, les officiers de santé et les pharmaciens de seconde classe, après avoir subi avec succès un examen spécial, seront nommés médecins ou pharmaciens sous-aides.

En cas de mobilisation, ils seront appelés à servir avec ce grade.

Les étudiants en médecine, soit pendant leur troisième, soit pendant leur quatrième année de scolarité, seront tenus de suivre des cours : 1° sur l'hygiène du soldat; 2° sur les blessures de guerre; 3° sur les épidémies des armées; 4° sur les maladies simulées.

Ces cours seront faits par des médecins militaires du grade de major ou de médecin principal dans des locaux mis à la disposition de l'autorité militaire par les doyens des Facultés de médecine ou par les directeurs des Ecoles secondaires de médecine.

Les étudiants reçus docteurs ou ayant passé *tous les examens* du doctorat, moins la thèse, seront, dans les six mois qui suivront leur réception, appelés individuellement à l'armée active pour y servir pendant un an avec le grade de médecin aide-major de 2e classe (1).

*Conséquence de l'adoption de ces dispositions au point de vue du recrutement des médecins militaires.*

Les médecins militaires seraient fournis :

1° Par les élèves en médecine sortant de l'Ecole de santé militaire, lesquels en entrant dans cette école contracteraient l'engagement de servir pendant sept ans à partir du jour où ils seront reçus docteurs.

Après leur réception au doctorat, ils passeraient une année à l'Ecole militaire supérieure de santé et de perfectionnement du Val-de-Grâce.

2° Par des docteurs en médecine âgés de moins de 28 ans, qui, à la suite d'un concours, seraient admis à l'Ecole militaire supérieure de santé et de perfectionnement du Val-de-Grâce.

En y entrant, ils prendraient l'engagement de servir pendant quatre ans dans l'armée.

Ils passeraient une année à l'Ecole supérieure de santé.

3° Les docteurs en médecine, élèves de l'Ecole supérieure de santé, auraient le grade de *médecin aide-major de 2e classe.*

4° A la fin de leur année de stage à l'Ecole supérieure de santé, les médecins élèves passeraient un examen de sortie. Ceux qui auraient subi avec succès cet examen entreraient dans l'armée avec le grade de *médecin aide-major de 1re classe.*

5° Ceux qui n'auraient pas satisfait à l'examen de sortie entreraient dans l'armée avec le grade de médecin aide-major de 2e classe et ne pourraient passer à la 1re classe qu'un an après et à la suite d'un nouvel examen subi avec succès.

6° Le grade de médecin-major de 2e classe serait donné après examen. Les médecins aides-majors de 1re classe ayant au moins un an de grade, auraient seuls le droit de concourir.

7° Les grades supérieurs à celui de médecin-major de 2e classe seraient tous donnés au choix.

Les élèves de l'Ecole d'application de Fontainebleau ont au plus *24 ans* quand ils sortent de cette Ecole avec le grade de lieutenant; généralement, trois ans après, ils sont capitaines, c'est-à-dire à 27 ans.

Les médecins militaires arriveraient à ce grade en moyenne à l'âge de 27 ans. Ils ne sont donc assimilés au grade de lieutenant qu'à l'âge où les élèves qui sont passés par Fontainebleau sont déjà capitaines. (*Paris Médical.*)

## FORMULAIRE

Traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée. — Dehenne.

Le traitement de l'ulcère serpigineux de la cornée nécessite l'emploi des moyens sui-

(1) On fournit ainsi tous les ans plus de 300 médecins à l'armée.

vants : 1° Débrider les points lacrymaux supérieur et inférieur, et irriguer largement les voies lacrymales avec une solution antiseptique (solution d'acide borique à 4 p. 100). — 2° Laver les culs-de-sac conjonctivaux avec la solution de sublimé à 1/2000. — 3° Cautéser toute la surface de l'ulcération, à l'aide de la pointe fine du thermo-cautère chauffée à blanc. — 4° S'il y a du pus dans la chambre antérieure, perforer la cornée avec la même pointe, et évacuer le pus. — 5° Instiller dans l'œil malade, 4 fois par jour, 5 à 6 gouttes d'un collyre au sulfate neutre d'ésérine à 1/200. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les exécutions par l'électricité. — La Société de médecine légale de New-York ayant nommé une commission chargée d'étudier le meilleur procédé pour mettre à mort les criminels par l'électricité, cette commission a proposé une table spéciale de son invention. On y attache le criminel et un courant de 3,000 volts traverse le corps de la tête au pieds et la mort surviendrait en 30 secondes.

La saccharine. — Le prochain Bulletin de l'Académie de médecine de Belgique contiendra le rapport de la Commission à laquelle a été renvoyée la requête des fabricants et raffineurs de sucre, ayant pour objet la saccharine. Ce rapport établit que la saccharine ne pourrait à aucun titre être substituée au sucre dans l'alimentation ; qu'elle n'est pas toxique, bien qu'elle soit diversement tolérée par différents individus ; qu'elle n'est pas complètement éliminée par les urines et qu'elle peut passer dans le lait et dans la salive ; enfin que les difficultés inhérentes à sa préparation peuvent entraîner le mélange à cette substance d'autres substances nocives. Pour ces motifs, le rapport propose d'obliger le fabricant ou le débitant de matières édulcorées à la saccharine d'indiquer qu'il a été fait usage de cette substance. (*Bull. méd.*).

## COURRIER

L'Académie des sciences a tenu, lundi 24 novembre, sa séance annuelle. Ont été proclamés lauréats :

*Médecine et chirurgie.* — Prix Montyon. — La commission décerne trois prix : à M. Hardy, à M. Albert Hénocque, à MM. Follin et Duplay. Elle accorde trois mentions honorables : la première à M. Emile Berger, la deuxième à M. Gilles de La Tourette, et la troisième *ex æquo* à M. Bailly et à M. Bérenger-Féraud. Elle cite honorablement dans le rapport MM. Bérillon, Binet et Féré, Chauvel et Paulet, Jolly, Lecorché et Talamon, Martin (de Bordeaux), Vidal (d'Hyères).

Prix Bréant. — La commission accorde une récompense de 3,000 francs à M. le docteur Hauser.

Prix Barbier. — Le prix est partagé par moitié entre MM. Leroy et Raphaël Dubois et M. le docteur J. Ehrmann (de Mulhouse).

Prix Godard. — Le prix est décerné à M. le docteur Maurice Hache.

Prix Lallemand. — Le prix est partagé par moitié entre M. François-Franck et M. Paul Blocq. Une mention honorable est accordée à M. Bouvier.

*Physiologie.* — Prix Montyon. — Le prix est partagé par moitié entre M. Augustus D. Waller et M. Léon Frédéricq. Des mentions honorables sont accordées à M. Beauregard, à M. le docteur Blake, à M. Mangin. Une citation honorable est accordée à M. Peyrou.

*Anatomie et zoologie.* — Prix Savigny. — Le prix n'est pas décerné.

Prix Thore. — Le prix est décerné à M. le docteur Carlet.

Prix de Gama Machado. — Le prix n'est pas décerné.

*Botanique.* — Prix Desmazières. — Le prix est décerné à M. V. Fayod.

Prix Montagne. — Le prix est décerné à M. Gaston Bonnier.

*Géologie.* — Prix Cuvier. — Le prix est décerné à M. Joseph Leydy.

*Prix Montyon* (arts insalubres). — Deux encouragements de 1,500 francs chacun sont accordés à M. le docteur Paquelin et à M. Fumat.

*Statistique.* — Prix Montyon. — Deux prix sont décernés, l'un à M. Félix Faure, l'autre à M. J. Teissier.

*Chimie.* — Prix Jecker. — Le prix est partagé par moitié entre M. Maquenne et M. Cazeneuve.

CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE. — Le Conseil supérieur de l'Instruction publique a tenu, jeudi dernier, la deuxième séance de sa deuxième session ordinaire. Le Conseil a adopté le projet de transformation en école de plein exercice de l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

— Le bureau de la Société de médecine pratique de Paris, qui vient d'être renouvelé pour l'année 1889, est composé de MM. Dujardin-Beaumetz, président d'honneur; Laburthe, président ; Polaillon, 1er vice-président ; Le Blanc, 2e vice-président ; Gillet de Grandmont, secrétaire général ; Champigny, secrétaire général adjoint ; Crouigneau, Gaudin, Gautrelet, Guelpa, Lecerf, Léon Petit, Tissié, Tolédano, secrétaires des séances ; L. Jolly, trésorier ; Dubois de Lavigerie, archiviste-bibliothécaire.

— Le Conseil municipal de Toulouse, dans sa séance du 20 décembre, a décidé la création d'un bureau municipal d'hygiène ; cette institution sera semblable à celles qui existent déjà depuis plusieurs années dans diverses villes de France et de l'étranger.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Emery-Coderre vient de mourir à Montréal. Il était né à Saint-Denis (Canada), en 1813 ; il fut reçu docteur en 1844, et nommé au concours en 1847, professeur de matière médicale et de thérapeutique à l'École de médecine de Montréal, faisant partie aujourd'hui de l'Université Victoria de Cobourg (Haut-Canada). On lui doit, entre autres ouvrages : *Examen médico-légal des procès célèbres.* Il fut l'un des fondateurs de l'*Institut canadien* ; — M. le docteur Donnezan (de Perpignan), reçu en 1864 ; — M. le docteur H.-B. Sands, chirurgien de Roswel Hospital, à New-York, professeur de chirurgie au Collège of Physicians and Surgeons ; M. le docteur Barthès (de Marseille); — M. le docteur Von Leuhonek, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Budapest ; — M. le docteur O' Connor, professeur de pathologie et de thérapeutique spéciale au Queen's Collège de Cork ; — M. le docteur Silvestini, professeur de clinique à la Faculté de Palerme ; — M. le docteur Roser, professeur de chimie à la Faculté de Marbourg. — M. le docteur Jobet, médecin principal de la marine, mort à bord du *Colombo* ; — M. le docteur Gaspard Dénarié (de Chambéry).

(*Progrès médical.*)



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## L'exploration de l'abdomen par les procédés de M. Glénard.

Dans un récent article, nous avons exposé les résultats auxquels l'étude de ce que l'on appelle la neurasthénie avait conduit M. Glénard, et avons décrit la nouvelle entité morbide qu'il a su dégager du chaos des symptômes dits nerveux : l'entéroptose.

Un certain nombre de nos lecteurs nous ont écrit, pour nous demander comment il se faisait que les signes indiqués par M. Glénard étaient si difficiles à établir en clinique et pourquoi ils ne les constataient que rarement. Cette difficulté existe, en effet, lorsque l'on ne connaît pas dans tous leurs détails les procédés d'exploration préconisés par le médecin de Lyon. Aussi croyons-nous devoir les exposer ici comme complément à notre étude de l'entéroptose.

Pour que l'on puisse bien palper l'abdomen, le malade doit être couché sur le dos, les jambes étendues et non fléchies, et se laisser complètement aller, de façon à ce que la résolution musculaire soit complète.

La palpation générale du ventre, celle que tout le monde connaît, étant faite, il faut procéder à la palpation spéciale de chaque région en particulier. Cette palpation spéciale se divise en palpation antérieure et palpation latérale comprenant celle des faces latérales et celle des hypochondres que M. Glénard appelle *néphroleptique*.

Dans l'entéroptose, la palpation antérieure permet de trouver la corde colique et le boudin cœcal. Nous avons déjà indiqué le procédé qui permet de trouver la première : on appuie contre la face antérieure de la colonne vertébrale le bord radial de l'index placé transversalement et on le fait glisser de haut en bas sans diminuer la pression ; à 2 centimètres au-dessous de l'ombilic, on trouve un cordon plein gros comme les deux pouces ; c'est le côlon. Pour explorer le cœcum, on dirige l'extrémité des quatre derniers doigts juxtaposés sur une ligne répondant à l'angle formé par la colonne lombaire et la fosse iliaque droite. En appuyant profondément dans cette direction et en déplaçant la ligne de compression parallèlement à elle-même, on arrive à sentir rouler sous les doigts un cylindre de deux travers de doigts de diamètre : c'est le boudin cœcal.

Pour explorer le flanc gauche, on pratique la même mœuvre sur une ligne parallèle au pli de l'aine et placé à 3 ou 4 centimètres au-dessous de lui.

La palpation des hypochondres est soumise à deux causes d'erreur qui

résultent de ce qu'il n'y a pas de paroi postérieure résistante sur laquelle puissent, pour ainsi dire, ressortir les reliefs pathologiques, et de ce que la région devenant, dans sa partie supérieure, intra-thoracique une tuméfaction anormale pourra fuir sous la main et être refoulée au-dessous des fausses côtes.

On peut éviter cette double cause d'erreur : 1° en comprimant d'arrière en avant la région lombaire, comme pour la soulever; 2° en palpant l'hypochondre pendant une profonde inspiration.

La palpation bimanuelle remplira la première indication; la palpation néphroleptique la seconde.

La palpation bimanuelle droite, par exemple, se pratique en plaçant dans la région lombaire les quatre derniers doigts juxtaposés de la main gauche, de telle sorte que le médius réponde, dans toute sa longueur, au rebord costal postérieur ; puis, à l'aide de la main droite et du pouce gauche, à refouler contre la main formant plan résistant les divers points de la paroi antérieure. Le pouce gauche « intelligent » sert surtout à palper.

La palpation néphroleptique sert à faire le diagnostic du rein mobile et consiste à fouiller l'hypochondre pendant une profonde inspiration. La recherche du rein flottant doit être faite d'une façon systématique; car, très souvent, quatre-vingts fois sur cent, dit M. Glénard, l'affection passe inaperçue.

La recherche du rein comporte trois temps que nous décrivons en laissant le plus possible la parole à M. Glénard. (*Province médicale*, 1887.)

Premier temps : *Affût*. — On étreint solidement de la main gauche (côté droit), le pouce étant placé en avant, les parties molles sous-jacentes au rebord des côtes. Les doigts forment ainsi un anneau qui est complété en arrière par la colonne vertébrale, en avant par la main droite déprimant la paroi antérieure dans le prolongement du pouce gauche qui se trouve au-dessous de l'extrémité de la neuvième côte gauche. Ceci étant fait, on ordonne au malade de respirer profondément; si l'on ne sent rien entre les doigts, c'est qu'il n'y a pas dc déplacement d'organe ; si l'on sent quelque chose, on cherche à s'assurer de ce que c'est à l'aide du deuxième temps de la palpation.

Deuxième temps : *Capture*. — On saisit entre le médius et le pouce gauche l'organe déplacé. Pour cela, après s'être bien mis en tâtonnant sur le trajet de l'organe, on porte le pouce le plus haut possible; puis, quand « la ptose » paraît avoir atteint ta limite inférieure de son exécution inspiratoire, on serre brusquement en tendant à rapprocher l'index et le médius gauche, la main droite s'opposant au déplacement de l'organe vers la ligne médiane, et l'organe est pris. Comment connaîtra-t-on alors sa forme, ses dimensions? Par le troisième temps de la palpation.

Troisième temps : *Echappement*. — On écarte légèrement l'une de l'autre les extrémités du pouce et du médius, et on abaisse légèrement la ligne de compression; alors la ptose remonte, et en exerçant un serrement un peu brusque au moment où elle va s'échapper on apprécie son degré de mobilité.

Le rein déplacé peut l'être plus ou moins. Aussi M. Glénard a-t-il décrit plusieurs degrés au rein flottant.

Dans le premier degré, pointe de néphroptose correspondant à la pointe de hernie, on ne sent que le pôle inférieur du rein. A la fin du temps d'affût, on palpe profondément un corps lisse, dur, gros comme une noix, qui, lorsqu'on le presse entre le médius et l'index, s'échappe comme une bille

en fuyant en haut; en même temps, le malade éprouve une sensation de ressaut.

La néphroptose du deuxième degré est celle dans laquelle l'organe peut être saisi entre les doigts sans que cependant on puisse comprimer les tissus au-dessus de lui.

Dans ce dernier cas, on aura la néphroptose du troisième degré. Enfin, celle du quatrième degré est le rein flottant que l'on sent par la palpation la plus grossière à travers la paroi abdominale antérieure.

Pour l'hypochondre gauche, on se sert de la main droite pour relever la région lombaire ou pour procéder à l'affût dans la palpation néphroleptique. Du reste, la splénoptose est très rare, et la néphroptose gauche, quand elle est combinée à celle du côté droit, est beaucoup moins prononcée qu'elle.

M. Glénard a posé encore minutieusement les règles de la palpation du foie, par ce qu'il l'appelle le « procédé du pouce ». (Thèse de A. Françon, Lyon, 1888. — Tirage à part, Lyon, Bonnaviat.)

La palpation classique expose à de nombreuses causes d'erreur. Le bord du foie n'est accessible que quand il dépasse le rebord costal et a une rénitence suffisante pour être bien distingué de la masse intestinale sous-jacente. Il peut être inaccessible : 1° parce qu'il ne dépasse pas le rebord costal; 2° parce que, le dépassant, il est recourbé en arrière, comme replié sous la face inférieure de l'organe; 3° parce qu'il fuit sous la main exploratrice. D'autre part, un certain nombre d'erreurs sont inévitables : 1° C'est ainsi que, quand le foie dépasse de deux, trois, quatre travers de doigt le rebord costal et que la ligne supérieure de matité est à sa place normale sur la paroi thoracique, on conclut à une hypertrophie du foie, car il ne s'agit que de l'élongation du bord antérieur du foie, qui est d'ailleurs absolument sain; 2° on sent au-dessous du foie une tumeur que l'on prend pour un rein flottant et qui n'est que l'élongation avec pédiculisation en gourde du lobe antérieur du foie; 3° on trouve dans l'hypochondre droit une grosse tumeur sous-jacente au foie que l'on rapporte à une tumeur du rein ou du foie, et qui n'est qu'un prolapsus double des deux organes; 4° on ne trouve rien à la palpation ni à la percussion, et cependant, par une méthode spéciale d'exploration, on peut découvrir un foie mobile, une cirrhose totale ou parcellaire du foie, une congestion du foie étendue ou localisée.

Les conditions d'une recherche fructueuse du foie sont : de lui faire dépasser le plus possible le rebord costal; de le rapprocher de la paroi abdominale antérieure; de donner de la rigidité aux plans sur lesquels le foie pourrait être repoussé pendant la palpation, c'est-à-dire à la fosse lombaire et au diaphragme; de palper sans déprimer.

Le procédé du pouce réalise toutes ces conditions. « Il a pour objet essentiel de rechercher le bord antérieur du foie avec la pulpe du pouce gauche, et de faire sauter ce bord en passant le pouce sur lui d'arrière en avant et de bas en haut pendant que, d'un côté, la main gauche soulève la région lombaire droite et la main droite comprime le flanc droit; et que, de l'autre, le malade fait un profond mouvement d'inspiration. »

La palpation par ce procédé comprend trois temps. Le médecin s'assied sur le bord du lit soit à droite, soit à gauche du malade et, *premier temps*, rapproche le bord du foie de la paroi antérieure de l'abdomen. Pour cela : 1° il applique solidement, sous la région lombaire droite, les quatre derniers

doigts juxtaposés de la main gauche, de telle sorte que le médius réponde, dans toute sa longueur, au rebord costal postérieur; il soulève fortement la région et laisse les quatre doigts immobiles dans cette situation, tout en conservant au pouce gauche la liberté absolue de ses mouvements au devant de l'hypochondre droit; 2° il applique transversalement la main droite dans toute son étendue, doigts juxtaposés, à extrémités dirigées en dehors, sur le flanc droit, à partir du pli inguinal, et déprime et relève le flanc de bas en haut.

On place ensuite la pulpe du pouce gauche sous le foie, *deuxième temps*. Pour cela, le pouce gauche, libre, palpera les divers points de l'hypochondre, et l'explorera par pressions successives, en remontant de bas en haut, du flanc droit au rebord costal droit et de dedans en dehors; le degré de la résistance indiquera où finit l'intestin et où commence le foie. Une fois arrivé à la limite d'une région rénitente, le pouce s'arrête et déprime profondément la peau; c'est alors que, cessant de presser d'avant en arrière, il tourne sa pulpe en haut, du côté de la face inférieure du foie, et explore de bas en haut la région profonde dans laquelle il se trouve. Il rencontre une résistance ou ne rencontre rien. Dans les deux cas, il reste en place et on arrive alors au *troisième temps*, qui consiste à faire « sauter » le bord du foie d'arrière en avant, pendant un mouvement de profonde inspiration.

La contraction du diaphragme, pendant l'inspiration, oppose un plan résistant au pouce qui palpe et, de plus, abaisse l'organe. Le pouce se sent comprimé, de haut en bas, par une masse rénitente, qui descend au devant de lui : c'est la face inférieure du foie. Pour le vérifier, le pouce décrit alors un double mouvement, de bas en haut et d'arrière en avant; le pouce saute ainsi de la face inférieure à la face antérieure du foie, par-dessus le bord de cet organe, que fait descendre le mouvement d'inspiration.

Cette manœuvre, quand elle réussit, éclaire : sur la nature de la masse rénitente, qui est bien le foie; sur l'épaisseur du lobe antérieur du foie et la valeur de l'angle sous lequel se rencontrent ses faces inférieure et antérieure; sur la sensibilité du foie; sur l'état du tissu hépatique.

En même temps, on reconnaît la mobilité du foie et la situation de l'axe transversal autour duquel il tourne.

Le ressaut du bord antérieur peut manquer surtout quand le pouce a dû, pour aller chercher l'organe, remonter au-dessous et en arrière du rebord costal; alors, il apprécie au moins la sensibilité et la densité du foie.

Pour rechercher, dans l'hypochondre gauche, la rate, le rein ou le lobe gauche du foie, on se servira du pouce droit.

Le procédé du pouce permettra de distinguer l'élongation du lobe antérieur du foie de son hypertrophie : dans le premier cas, le lobe est mince, souple, mobile, à bords tranchants; dans le second, il est épais, résistant, à peine mobile.

L'élongation avec pédiculisation en gourde du lobe antérieur sera distingué du rein flottant parce que l'on peut passer le pouce en dessous, parce que en bas ou en dedans, il y a un bord tranchant, parce que le tissu est plus souple, parce que souvent la palpation néphroleptique permettra de trouver le rein en dessous ou en dedans, etc.

Le prolapsus double du foie et du rein sera distingué d'une tumeur d'un des deux organes parce que le pouce, après avoir reconnu le rein, se trouvera encore au-dessous du foie dont il pourra faire sauter le bord antérieur.

La mobilité pendant les mouvements respiratoires permettra de reconnaître le foie mobile.

La cirrhose totale ou parcellaire sans déplacement ni changement de volume de l'organe sera diagnostiquée parce que le pouce plongé sous le rebord costal, où pourtant il ne trouve rien encore, fera sauter pendant un mouvement d'inspiration, un bord tranchant très dur, indolent écarté de la face postérieure du rebord costal.

Enfin la congestion du foie sera admise quand la pulpe du pouce se sentira, à la fin d'une inspiration, comprimée de haut en bas, immédiatement derrière la côte, par une masse indécise, résistante, douloureuse à ce moment. L'abaissement, pendant l'inspiration, du bord du foie, plus épais, un peu plus dense qu'à l'état normal, et absolument indolent, paraît être le reliquat nécessaire et persistant de la congestion du foie.

Nous nous sommes rapprochés autant que possible dans ces développements des descriptions de M. Glénard. Longs à exposer, il le faut pour qu'ils soient bien compris, les procédés du médecin de Lyon se mettent rapidement en pratique et, au bout de quelque temps, on les a, pour ainsi dire, dans les doigts. Nous sommes convaincu qu'à ce moment tout médecin instruit pourra en tirer le plus grand profit.

---

**Condamnation d'un médecin à la suite d'un rapport médico-légal de valeur nulle.**

Un fait inouï vient de se passer à Liège. Deux médecins légistes requis pour une autopsie ont conclu à un avortement provoqué dans une intention criminelle, sans que l'examen des pièces de conviction ait autorisé lesdites conclusions.

Nous allons exposer les faits, dont l'éloquence éclairera le lecteur. Nous ne connaissons ni l'accusé ni ses accusateurs, et nous ne prenons parti pour personne dans cette affaire. Nous ne voyons qu'une chose : le rapport; nous l'examinons au point de vue médico-légal strict.

Cela dit, arrivons au fait :

Une femme soignée par le docteur Smeets est envoyée par lui à l'hôpital. Atteinte de métro-péritonite infectieuse, elle ne tarde pas à expirer. Le bruit d'un avortement provoqué dans une intention criminelle se répand. Le parquet est saisi et les deux médecins qui avaient soigné la femme à l'hôpital sont requis pour l'autopsie et les constatations médico-légales.

Nous donnons le rapport tout entier d'après le *Scalpel*, journal médical hebdomadaire de Liège.

*Rapport de l'autopsie.*

Le 12 novembre 1888, en vertu d'un réquisitoire en date du onze novembre 1888, de M. Lavalley, juge d'instruction de l'arrondissement judiciaire de Liège, nous soussignés, docteurs en médecine, domiciliés à Liège, nous sommes rendus à l'hôpital des Anglais, à Liège, et après serment prêté, avons procédé à l'autopsie du cadavre de Marie Constant, épouse divorcée de Dumont, dans le but de déterminer si la mort a été causée par des manœuvres abortives ayant un caractère délictueux.

Examen extérieur : Décomposition avancée, quoique la mort ne remonte qu'au 11 novembre, à six heures du matin; rigidité cadavérique en partie disparue; sugillations cadavériques aux parties déclives; ballonnement et teinte verdâtre de l'abdomen; cornées ternies. Un liquide verdâtre fétide s'écoule de la bouche et des narines, lorsque nous déplaçons le cadavre.

Pas de lésions extérieures.

Examen intérieur : Rien au cuir chevelu; rien aux os du crâne.

L'encéphale présente une injection sanguine due en très grande partie à l'hypostase cadavérique (signe de longue agonie), et en partie aussi à une congestion notoire de l'organe.

Méninges aussi injectées de la même façon et dans les mêmes proportions.

Rien à la face; rien au cou; rien aux parois thoraciques.

Poumons sains, présentant seulement de l'hypostase cadavérique.

Cœur sain, sauf qu'il présente une tache péricarditique (signe d'une ancienne affection de l'organe ou de ses enveloppes), sang liquide et en caillots fibrineux dans les ventricules (signe de longue agonie).

Rien aux parois abdominales.

L'ouverture de la cavité abdominale donne ouverture à une grande quantité de liquide séreux, très fétide, verdâtre, tenant en suspension des flocons de pus coagulés.

Tous les viscères abdominaux sont agglutinés par des exsudats (produits d'excrétion) purulents, fibrineux, coagulés, de couleur jaune verdâtre.

Il y en a dans les recoins les plus écartés du péritoine et même jusque sous la capsule (enveloppe fibreuse) du foie; celui-ci est un peu augmenté de volume, injecté de sang, mou, sans collusions (*sic*) purulentes (abcès métastiques) (*sic*). Tous les feuillets (mésentères et épiploon) du péritoine sont injectés de sang et de couleur rouge violacé.

L'estomac, distendu par des gaz, renferme environ 400 grammes de liquide séreux, verdâtre, fétide, grumeleux (moitié de grumeaux floconneux) de même nature que les vomissements et caractéristiques de l'inflammation aiguë du péritoine. Intestins ballonnés et injectés de sang.

Nous arrivons au sujet le plus important de l'autopsie : à l'appareil génital.

Cet appareil est extrait en bloc, par une section verticale, bilatérale des branches du pubis et des branches de l'ischion avec les annexes (trompes et ligaments larges), et les organes conjoints (vessie et rectum).

Lors de cette section, nous voyons que les ligaments larges sont criblés de petits abcès remplis de pus ; les trompes (d'Eustache) (1) sont injectées et enflammées, les ovaires sont triples de volume, injectés et présentant l'aspect de choux-fleurs. Tous ces organes, y compris l'utérus (matrice), sont littéralement tapissés d'une couche d'exsudat purulent, jaune, verdâtre. *L'utérus est rouge, son volume est celui d'un gros poing d'adulte (environ 10 centimètres de largeur sur 14 centimètres de hauteur).*

Nous incisons le vagin et l'utérus sur la ligne médiane de leur face postérieure. Nous sommes obligés de débarrasser ces organes creux de leur contenu purulent et gangréneux brunâtre, très fétide, par une irrigation d'eau modérée et prolongée. Alors, voici ce que nous voyons :

Le vagin est rouge et enflammé ; le col de l'utérus est gros comme un œuf ; son ouverture, large à admettre le doigt indicateur, est couverte d'ulcérations et d'érosions, et sa muqueuse est noirâtre et gangrénée, les parois du corps de l'utérus ont 1 1/2 centimètre d'épaisseur et ses vaisseaux sauguins sont béants et laissent écouler du sang mêlé de pus. La membrane muqueuse a disparu ou plutôt est transformée en une couche de matière brunâtre, noirâtre, purulente et gangrénée. *Dans l'angle ou corne gauche de cet organe (utérus ou matrice) se trouvent les traces de l'insertion du placenta (arrière-faix) avec des débris de ce placenta, le tout d'une odeur très fétide.*

Le contenu de cet utérus gravide a disparu, le fœtus et son arrière-faix ont été évacués.

Nous déposons tout cet appareil, annexes et organes voisins compris, dans un bocal rempli d'alcool faible que nous allons remettre en mains de M. le juge d'instruction, comme pièce à conviction.

Rien aux membres. Cependant comme la victime s'est plainte de douleurs névralgiques dans le coude gauche, nous disséquons cette région, mais nous n'y trouvons qu'une congestion, indice précurseur d'abcès métastique caractéristique de l'infection purulente.

(1) Erreur de copiste, sans doute.

*Conclusions.* — Des constatations de cette autopsie qui a duré presque deux heures, nous déduisons les conclusions suivantes :

1° Marie Constant, épouse divorcée de Dumont, a succombé à une péritonite généralisée, aiguë, purulente et septique, résultant de la propagation d'une inflammation de l'utérus (matrice) et des annexes (métrite, ovarite et salpingite suppurée et gangréneuse).

2° CETTE INFLAMMATION DE LA MATRICE ET DE SES ANNEXES EST LE RÉSULTAT D'UNE IRRITATION MÉCANIQUE QUI A DÉTERMINÉ UN AVORTEMENT NON NATUREL VERS LA DATE DE LA 6e SEMAINE D'UNE GROSSESSE.

La mort, très rapide, mais précédée d'une agonie longue et atrocement douloureuse, remonte à vingt-quatre heures environ.

En foi de quoi . . . . .

Liège, 12 novembre 1888.

. . . . . . . . . . . . . . (Ont signé) : GRENSON, LENGER.

Nous nous abstiendrons de discuter les connaissances scientifiques dont ce rapport fait preuve Nous le prenons tel quel, nous l'acceptons, nous le rectifions même, nous supposons, en effet, que la femme avait été enceinte, que l'utérus mesurait 14 centimètres de hauteur sur 10 centimètres de largeur, que la grossesse datait non de six semaines, mais d'une époque où le gîte placentaire existe, et que les docteurs Lenger et Grenson ont trouvé les débris du placenta, reconnus comme tels et mis hors de doute par l'examen le plus complet et le plus minutieux.

Ces prémisses admises, les docteurs Lenger et Grenson pouvaient conclure, comme ils l'ont fait, à une métro-péritonite infectieuse survenue après un avortement; mais qu'est-ce qui les autorisait à ajouter que cet avortement était artificiel et le résultat d'une irritation mécanique?

Voulez-vous le savoir, vous qui respectez les principes de la médecine légale? L'un des signataires du rapport l'a dit devant le tribunal correctionnel : SI NOUS N'AVIONS PAS EU LES CONFIDENCES DE LA FEMME, CE N'EST PAS L'AUTOPSIE ELLE SEULE QUI NOUS EUT PERMIS D'ÊTRE AUSSI PRÉCIS.

De telles paroles dans la bouche d'un homme requis par la loi pour des recherches qui doivent être exclusivement scientifiques, se passent de commentaire.

Les conclusions des docteurs Lenger et Grenson ont eu pour résultat la condamnation suivante : *quatre ans* de prison, *mille francs* d'amende et *cinq ans d'interdiction* des droits civils et politiques.

Dr STAPFER.

## BIBLIOTHÈQUE

DE LA PROSTITUTION AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE ET DE L'ADMINISTRATION EN FRANCE ET A L'ÉTRANGER, par le docteur REUSS. — Paris, J.-B. Baillière, 1889.

L'auteur expose d'abord l'état de la prostitution à Paris. Il s'attache à rechercher les causes multiples qui poussent les femmes à la débauche et étudie ensuite la prostitution tolérée par l'Administration et la prostitution clandestine, l'organisation du service des mœurs et du dispensaire de salubrité ; les dispositions instituées par l'Administration pour réprimer la prostitution clandestine; enfin, les mesures prophylactiques qu'il croit utile de prendre pour s'opposer à l'extension des maladies vénériennes.

Vient ensuite l'étude rapide de l'état actuel de la prostitution au point de vue hygiénique et administratif dans les principales villes de la France et de l'Europe et aux Etats-Unis.

A propos de la prostitution à Londres, l'auteur rappelle à plusieurs reprises les résultats auxquels était arrivé le docteur Richelot père dans son *Etude sur la prostitution en Angleterre* annexée à la deuxième édition de l'ouvrage de Pareut-Duchâtelet. — P. C.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement de la syphilis.** — Le professeur Emerich Poor, médecin hongrois, a adopté et recommande le traitement suivant : il administre d'abord l'eau minérale d'Ofen (Buda-Pesth, en Hongrie), comme apéritif et comme moyen préparatoire, et prescrit des bains tièdes. Puis, la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Eau distillée | 300 à 1,000 grammes. |
| Bicarbonate de sodium | } |
| Sulfate de sodium | } ââ 3 à 10 grammes. |
| Iodure de potassium | } |

dont il fait prendre d'abord de 1 à 2 grandes cuillerées trois fois par jour, dose qu'i augmente d'une cuillerée chaque semaine. Si, sous l'influence de 6 cuillerées, les symptômes syphilitiques ne commencent pas à s'effacer, la dose est portée à 7 et même à 8 cuillerées; ce n'est qu'exceptionnellement que l'on arrive à 9 ou 10 cuillerées pour faire disparaître complètement les symptômes syphilitiques et les infiltrations chroniques. Il prescrit, en outre, un ou deux bains savonneux par semaine. Il fait disparaître les bubons indolents par les lotions avec la teinture d'iode.

Par le traitement ci-dessus, notre confrère hongrois a réussi à faire disparaître les symptômes de la première période dans l'espace de deux à six semaines, ceux de la seconde dans l'espace de cinq à dix semaines, ceux de la troisième dans l'espace de deux à six semaines.

Voici les avantages de ce traitement : 1° Il ne s'accompagne jamais de ptyalisme, d'affection des gencives, du pharynx, etc. 2° L'iodisme ne s'est jamais produit lorsque l'emploi des prescriptions ci-dessus a été fidèlement appliqué. 3° Pour agir avec ce traitement, il ne faut pas attendre la manifestation des symptômes secondaires; il produit ses bons effets d'autant plus rapidement qu'il est prescrit plus près du début de la maladie, et c'est dans la première période qu'il importe d'y avoir recours; il serait même, suivant l'auteur, un traitement abortif, s'il est employé avant le dixième jour de l'apparition des premiers symptômes. 4° On n'observe point de rechute de la syphilis dans le cours de ce traitement. (*The therap. Gaz.*, du 15 novembre 1888.) — R.

**Association du calomel et de la digitale dans le traitement de l'ascite liée à une cirrhose du foie.** — Le docteur Schwass, cité par *The therapeutic Gazette*, du 15 novembre 1888, a obtenu des résultats très avantageux de cette association, dans des cas où l'emploi de l'un des deux médicaments isolément n'avait produit aucun effet utile. Cette association, dit l'auteur, permet d'éviter la salivation, la stomatite et tout danger de catarrhe gastrique ou intestinal. Dans tout cas d'ascite par cirrhose de foie, lorsqu'il n'y a pas de complication, à l'exception d'une maladie de cœur, qui n'est pas une contre-indication, et si l'affection hépatique n'est pas arrivée à ses dernières périodes, il conseille d'administrer le calomel et la digitale associés, comme moyen très probable de prolonger la vie, et peut-être même de produire la guérison. En tout cas, cette union permet une plus longue durée du traitement. — R.

**Gelsemium sempervirens.** — Le docteur Jakson (de Brockville) donne, dans *The therapeutic Gazette*, du 15 novembre 1888, les résultats suivants de l'emploi médicinal de cet agent thérapeutique. Dans le traitement des névralgies de la face, cet agent serait, d'après son expérience personnelle, le remède *par excellence* des névralgies de la mâchoire inférieure. La pratique lui a démontré qu'il n'y a point de meilleur mode de traitement dans le catarrhe nasal causé par l'action du froid sur la tête, pendant la période congestive aiguë. Quinze à vingt-cinq gouttes de l'extrait liquide, prises au moment de

se coucher, soulage très efficacement de cette pénible et gênante affection. Ordinairement une dose suffit. Mais si un traitement complémentaire est requis, il suffit de faire quelques insufflations avec une solution à 4 p. 100 d'hydrochlorate de cocaïne. — R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 décembre 1888. — Présidence de M. POLAILLON.

M. JALAGUIER a opéré un kyste à grains riziformes formé de deux poches, l'une occupant la paume de la main et l'autre le poignet. Tandis que la première renfermait des grains, la seconde ne contenait que des fongosités. Comme traitement il a employé le curage, la cautérisation, la suture et le drainage.

Au microscope, il a été impossible de trouver des bacilles dans les grains; mais des inoculations faites cinq heures après avec des fragments de grains et de petits morceaux de la paroi ont été toutes positives. Le fait produit par M. Jalaguier est donc confirmatif de ceux qui ont été communiqués dans les dernières séances.

— M. TERRILLON, sans traiter à fond la question des salpingites, désire donner à la Société les résultats de sa pratique.

Il a fait 34 opérations pour des salpingites variées. Elles peuvent être divisées en quatre groupes : 5 hémato-salpingites, 19 pyo-salpingites, 6 salpingites simples ou catarrhales, 2 salpingites chez des hystériques.

Sur 3 des 5 hémato-salpingites les ovaires et les trompes ont été totalement enlevés; les 3 cas ont guéri, mais une malade, malgré l'ablation complète des ovaires, a conservé ses règles depuis mars 1887, date de l'opération.

Dans l'un des deux autres cas il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, chez laquelle il existait une tumeur en partie libre dans le bassin. La ponction permit d'en retirer du sang noir, épais, mais l'ablation fut impossible à cause des adhérences. On pratiqua le lavage et le drainage, mais il resta une fistule qui laisse sortir du sang à chaque époque menstruelle. Actuellement, cette fistule est en train de se fermer à la suite d'une cautérisation au thermo-cautère. Chez la dernière malade atteinte d'hémato-salpingite, les règles, depuis plusieurs années, se faisaient pour ainsi dire dans la trompe. Douze ponctions successives permirent, chaque fois, de retirer 200 à 400 grammes de sang. La poche fut enfin enlevée par la laparotomie et la malade guérit.

Les 19 pyo-salpingites peuvent être partagées en deux groupes. Dans 14 cas, toutes les parties malades ont été enlevées; dans 5 autres, on a fait simplement le drainage par la voie abdominale.

Des 14 salpingites, chez lesquelles on a dû tout enlever, 5 étaient dues à la blennorrhagie et 9 à des fausses couches ou des suites de couches. De ces dernières, une a succombé à une péritonite le huitième jour après l'opération.

Des 6 salpingites catarrhales, 5 ont été traitées par l'enlèvement des trompes et des ovaires. Dans 1 cas, l'ablation des annexes n'a été faite que d'un seul côté.

M. Terrillon a trouvé deux fois des hydro-salpingites, la tunique oblitérée étant remplie de sérosité. Probablement il y a là transformation d'un liquide puriforme de rétention dans une trompe oblitérée à ses deux extrémités.

Il peut arriver au chirurgien d'avoir à traiter des cas dans lesquels la salpingite est compliquée de pelvi-péritonite aiguë. M. Terrillon a trois observations de ce genre, et il conseille d'intervenir hâtivement en enlevant les organes malades; on supprimera la cause des poussées péritonitiques si fréquentes. Cette pratique lui a donné trois succès.

Les salpingites qui accompagnent les fibromes ou les kystes de l'ovaire sont exceptionnelles.

La pathogénie des inflammations des trompes peut être comprise de la manière suivante : il y a propagation de l'utérus à la trompe : l'ovaire est atteint secondairement presque toujours et en surface; enfin l'altération peut gagner le péritoine.

On doit considérer l'inflammation de la trompe, la salpingite comme le pivot des inflammations péri-utérines.

M. Terrillon a montré, dans ses leçons, l'analogie de ces inflammations avec les inflammations uréthrales chez l'homme. Il repousse la théorie de la lymphangite qui, pour lui, ne répond ni aux données générales de la pathologie, ni aux constatations anatomiques, ni aux lésions anatomo-pathologiques. On peut même regarder cette théorie comme dangereuse, car il s'ensuit que l'on admet la réalité de l'adéno-phlegmon, dont l'existence repose simplement sur les résultats du toucher vaginal; elle tendrait, en outre, à faire proscrire l'ablation de la trompe et de l'ovaire, ces organes n'étant atteints qu'après une pelvi-péritonite.

En résumé, si l'on excepte les cas où il y a un phlegmon du ligament large par infection puerpérale, la propagation des inflammations de la trompe par la muqueuse explique tous les faits.

M. Terrillon considère comme excessives les conclusions thérapeutiques auxquelles est arrivé M. Routier. Des salpingites récentes et peu douloureuses peuvent être guéries sans grande opération; ensuite, un certain nombre des malades, étant dans une position aisée, tolèrent facilement leur maladie. Ayant eu à examiner 86 cas, il a conseillé 28 fois de ne pas opérer.

Les statistiques sont encourageantes; mais, enfin, l'opération peut être dangereuse, puisque M. Routier a perdu 2 malades sur 10, il faut donc la réserver pour les cas où elle est absolument nécessaire et bien indiquée.

Le meilleur procédé est, une ligature étant placée sur la corne utérine, de sectionner au thermo-cautère. On détruit ainsi les substances nuisibles qui pourraient tomber dans le péritoine lors de l'ouverture de la trompe. Quand la salpingite est purulente, il faut cautériser non seulement la surface du moignon, mais encore la lumière du canal de la trompe.

Lorsque le pédicule est large et étalé, il faut faire non seulement la ligature double en chaîne ou le nœud de Lawson-Tait, mais encore consolider par une ligature simple ou totale superposée. Le drainage doit être employé toutes les fois qu'il y a décortication très étendue.

Pour M. Terrillon, toutes les salpingites simples, catarrhales ou hémorrhagiques, quand on fait l'ablation totale, donnent des résultats immédiats et consécutifs excellents. Les salpingites purulentes, surtout quand elles sont anciennes, guérissent beaucoup moins rapidement.

M. Trélat regarde les abcès et phlegmons des ligaments larges comme très exceptionnels; il n'en a, depuis quelques années, vu que deux cas, se rattachant à des infections puerpérales.

Ces foyers péri-utérins étaient placés sur les parties latérales et antérieure de l'organe. L'un d'entre eux avait été pris pour un fibrome. Les deux malades guérirent rapidement après incision, lavage et drainage.

Il y a des faits très complexes. C'est ainsi que des femmes se présentent avec une fistule ombilicale, intestinale, uréthrale et qu'on trouve à l'autopsie de vastes foyers avec fusées purulentes allant plus ou moins loin. On a appelé cela de la cellulite pelvienne; peut-être cette cellulite a-t-elle des rapports avec l'inflammation de la trompe.

Quant aux cas qu'on désigne sous le nom de salpingites, il s'agit, en réalité, de métro-salpingo-ovaro-péritonites. Dans toutes les inflammations de la trompe on trouve sur tous les points de la surface des lésions intéressant les différentes couches.

Le diagnostic n'est pas, quoi qu'on en ait dit, toujours facile. S'il est facile de le faire lorsque la tumeur est volumineuse, facilement accessible au palper et au toucher, il est loin d'en être ainsi quand le ventre, très douloureux, n'est pas explorable ou que les lésions sont peu accentuées. C'est dans le cas de ventre douloureux que l'anesthésie devient nécessaire, d'autant plus que, si l'on veut intervenir utilement, il faut absolument savoir en présence de quoi l'on se trouve.

Les indications de l'intervention ont été formulées d'une manière générale par MM. Terrillon et Terrier; mais il est des faits qui échappent à toute règle. Dans un cas

de salpingite double avec métrite, la guérison de cette dernière a suffi à faire disparaître tous les accidents, et la malade a pu éviter l'ablation des trompes et des ovaires.

M. Trélat partage, sur la pathogénie, l'opinion admise par la grande majorité des membres de la Société.

— M. JALAGUIER présente un malade qui a subi l'amputation du pied par le procédé de Sims. Il était atteint d'une arthrite avec fistule de l'articulation tibio-tarsienne.

— Elections du bureau pour l'année 1889 :

*Président*, M. Le Dentu.
*Vice-président*, M. Nicaise.
*Secrétaires annuels*, MM. Pozzi et Marchand.
*Trésorier*, M. Schwartz.
*Archiviste*, M. Terrier. — P. C.

## FORMULAIRE

### TRAITEMENT DE L'ENDOCARDITE. — E. Barié.

Comme traitement local, ventouses scarifiées au niveau de la région précordiale, ou applications de glace, ou larges vésicatoires sur la région douloureuse. — Comme traitement général, le professeur Jaccoud conseille l'emploi d'une potion contenant 40 centigrammes de tartre stibié pour l'homme et 30 centigrammes pour la femme. Cette potion doit être prise par cuillerées à bouche toutes les heures. Le traitement est poursuivi pendant deux ou trois jours, suivant l'effet obtenu, en ayant soin de mettre un intervalle de vingt-quatre heures entre chaque jour de médication. Dès la deuxième ou la troisième potion, on constate souvent la diminution et même la disparition des phénomènes stéthoscopiques. Toutefois, ce traitement ne convient qu'aux sujets vigoureux. — Lorsque la fièvre est intense, le pouls fréquent, on a recours aux modérateurs du cœur et, en particulier, à la digitale, soit sous forme de teinture, soit sous forme d'infusion de la feuille. S'il se manifeste de l'intolérance, accompagnée de vertiges, de nausées et de vomissements, on substitue à la digitale le bromure de sodium à la dose de 2 à 4 grammes par jour, ou encore la teinture de convallaria maialis, à la dose de 5 grammes. — Repos absolu, régime alimentaire doux, composé de lait, de bouillon, de boissons fraîches légèrement acidulées. — Lorsque les accidents du début sont calmés, on fait intervenir la médication tonique et, pour enrayer la formation des produits plastiques développés sur les valvules, on prescrit les préparations iodurées. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'administration anglaise vient de publier son rapport annuel sur le paupérisme en Angleterre. Nous en extrayons les renseignements suivants : Le nombre des indigents s'est élevé, pour l'année 1888, à 839,000 pour l'Angleterre et le pays de Galles. Sur ce chiffre 625,000 reçoivent des secours à domicile. Cette population se décompose ainsi : 176,000 hommes, 313,000 femmes et 72,000 enfants. L'entretien de ces malheureux a coûté au Trésor environ 205 millions de francs ou 230 francs par tête.

## COURRIER

RÉCOMPENSES. — Par arrêté ministériel, en date du 20 décembre 1888, des médailles d'argent ont été décernées, pour leur courage et leur dévouement au cours de maladies épidémiques, à Mlle Hébraud, en religion sœur Maria, attachée aux salles militaires de l'hôpital de Lunel ; — M. Bourdillon, externe, attaché à l'Hôtel-Dieu de Marseille ; — M. Denis, infirmier civil, employé depuis 38 ans dans les salles militaires de Rodez.

Hygiène des Ecoles. — Le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, vu le rapport, en date du 5 juin 1888, de la commission spéciale nommée par le conseil des professeurs de la Faculté de médecine de Paris pour l'examen du régime alimentaire des Ecoles normales d'instituteurs et d'institutrices, arrête :

Art. I. Les quantités moyennes de vin et de viande qu'il convient de servir aux élèves maîtres des Ecoles normales primaires sont fixées ainsi qu'il suit par jour et par tête : viande cuite désossée et parée, 170 grammes ; vin, 33 centilitres par jour. La quantité de cidre sera au moins double de celle du vin. Pour la bière, la quantité sera double s'il s'agit de bière forte ; triple, s'il s'agit de bière faible.

Art. II. Les maîtres et maîtresses internes recevront 200 grammes de viande ; les maîtres, 1 litre, les maîtresses, 50 centilitres de vin.

Art. III. Les directeurs et directrices sont invités à veiller d'une manière toute particulière sur la qualité de l'eau utilisée pour l'alimentation des élèves, et à ne se servir pour cet usage que d'eau potable pure et à l'abri de toute contamination ou, à défaut, d'eau filtrée avec le plus grand soin. — Le rapport auquel il est fait allusion ci-dessus est dû à M. Brouardel et à M. Straus.

Missions scientifiques. — M. Gréhant fils est chargé d'une mission scientifique au Chili, à l'effet d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Laboratoire de chimie et de micrographie médicales. — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, etc., commencera, le 14 janvier 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les médecins aux manipulations chimiques et microscopiques les plus usuelles que nécessite la profession médicale. Il comprend particulièrement : 1° l'étude chimique et microscopique des urines, des calculs, des sédiments urinaires et des kystes. — 2° l'examen microscopique des parasites de l'homme ; des principaux ferments et moisissures, des bacilles pathogènes. — 3° Les recherches chimiques et microscopiques de l'eau potable, du lait, du vin, des colorants interdits au point de vue de l'hygiène ; du sang, des taches et des substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

On s'inscrit tous les jours de trois à quatre heures au laboratoire, 7, rue des Sts-Pères.

Prix de la Société d'hygiène de l'enfance. — Des récompenses honorifiques consistant en une médaille d'argent, 1er prix ; en une médaille de bronze, 2me prix ; et en une mention honorable, 3me prix ; seront décernées en 1889, par la Société d'hygiène de l'enfance aux meilleurs travaux répondant à l'une des questions ci-dessous :

1° « Du lait des différents animaux au point de vue de l'allaitement. »

2° « La contagion à l'école. »

3° « Monographie au point de vue de l'hygiène d'une industrie employant des enfants. »

Les candidats devront déposer sans se faire connaître leur mémoire écrit en français, ou accompagné d'une traduction française, avant le 1er mai 1889.

Les mémoires devront être originaux et ne pas avoir été déjà publiés ; ils seront désignés par une épigraphe répétée sur une enveloppe cachetée contenant le nom de l'auteur.

Adresser les mémoires à M. le docteur Chassaing, président de la Société, 207, rue Saint-Antoine ou à M. le docteur Félix Brémond secrétaire général, 13, rue Condorcet.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

A l'Académie de médecine, vacances par suite de la coïncidence du mardi avec le 1er janvier. A l'Académie des sciences, deux communications nouvelles sur le traitement du choléra, précisément à une époque où il sommeille. A la Société de chirurgie, suite de la discussion sur le traitement des salpingites et nombreuses élections : tel est le bilan scientifique du commencement de la semaine.

Les deux communications à l'Académie des sciences portent à quatre le nombre des nouvelles médications proposées tout récemment contre le choléra : MM. Gamaleia et Ferran préconisent la vaccination; M. Duboué (de Pau), les injections intra-veineuses d'eau; M. Gibier, le bichlorure de mercure, et M. Löwenthal (de Lausanne), le salol. Cette variété de traitements ne semble pas faite pour dissiper les obscurités qui règnent encore sur la thérapeutique du choléra.

A la Société de chirurgie, MM. Auffret, Chavasse, Defontaine, Dubar,

# FEUILLETON

CAUSERIE BIBLIOGRAPHIQUE.

**Nous venons de recevoir, avec la même satisfaction que les précédents, le tome IX de l'*Index-Catalogue* de la Bibliothèque du ministère de la guerre des Etats-Unis et le troisième volume du compte rendu statistique de la partie médicale de la guerre de Sécession.**

**Le tome IX de l'*Index-Catalogue* termine la lettre M et comprend toute la lettre N. Les auteurs de l'ouvrage tiennent donc religieusement la promesse qu'ils se sont faite, de publier un volume par an. Ceux-là seuls qui sont obligés d'avoir recours aux indications bibliographiques exactes savent quel immense service cet ouvrage *hors de pair* peut rendre. Son frère cadet l'*Index medicus* et lui doivent, comme je l'ai déjà dit bien des fois, être consultés tout d'abord, avant de faire aucune autre recherche; mais, je ne saurais trop le répéter, que de fois ne m'arrive-t-il pas de voir des chercheurs en détresse venir me confier leurs soucis. — Mon cher (ou Monsieur, ou Monsieur le bibliothécaire, suivant le degré d'intimité qui existe entre l'interlocuteur et moi), j'ai cherché partout et je ne trouve rien. — Avez-vous consulté l'*Index-Catalogue*? — Non. — Alors vous avez perdu votre temps. Cherchez là, et vous verrez que j'ai raison.**

**Demandez plutôt aux derniers concurrents pour l'agrégation. — Quant aux futurs-**

Hache, Nepveu, Ovion, ont été nommés membres correspondants nationaux, et MM. Assaky et Chiene, correspondants étrangers. Toutes nos sincères félicitations aux élus. — L.-H. P.

---

**Présentation du siège. — Tentatives infructueuses de version par manœuvres externes. — Enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. — Insertion vélamenteuse du cordon.**

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 novembre 1888

Par P. Budin.

Lorsqu'à la fin de la grossesse il existe une présentation vicieuse, une présentation de l'épaule ou du siège, il est généralement indiqué de tenter la version céphalique par manœuvres externes. Cette opération est habituellement suivie de succès. Un fait rapporté par M. Grynfelt (de Montpellier), en 1882, et surtout deux observations fort intéressantes publiées tout récemment par M. Lefour (de Bordeaux) montrent que des circulaires peuvent exister autour du cou de l'enfant, déterminer une brièveté accidentelle du cordon et mettre obstacle à la version céphalique par manœuvres externes. Si on déploie, pour faire évoluer quand même le fœtus, une force trop considérable, on risque de déterminer des accidents : soit le décollement prématuré du placenta avec hémorrhagie, soit le resserrement des circulaires, la compression du cordon et la mort de l'enfant par gêne portée à la circulation fœto-placentaire, soit enfin la rupture du cordon.

Nous venons d'observer dernièrement un cas qui montre qu'il ne faut pas se départir d'une certaine prudence lorsqu'on tente la version par manœuvres externes.

M^me^ X..., âgée de 32 ans, est enceinte pour la première fois. Elle a eu ses dernières règles à la fin de janvier 1888 ; elle s'est exposée à devenir enceinte entre le premier et le 15 février A la fin de ce même mois, l'écoule-

---

les voilà débarrassés de toute inquiétude à cet égard. — Mais il n'en reste pas moins encore beaucoup de travailleurs à qui les deux *Index* rendront service, ainsi que j'en ai tous les jours la preuve, et c'est pourquoi j'entends avec peine prédire tous les ans la mort par athrepsie de l'*Index medicus*. — Espérons que cette année encore ce pronostic fâcheux ne sera pas réalisé.

Le volume III de la statistique médicale de la guerre de la Sécession est consacré aux maladies infectieuses, fièvres typhoïdes, fièvres éruptives, tuberculose, aux maladies de la poitrine et de l'abdomen. Des planches très bien faites et des observations bien prises, comme celles des volumes précédents, illustrent les descriptions trop arides.

— Je ne sais plus quel adversaire de la méthode expérimentale a dit, il y a déjà longtemps : « Il est heureux qu'on n'ait pas pu expérimenter la syphilis sur les animaux, sans cela on ne l'eût jamais connue. » — Ou encore : « Ce qui fait que l'on connaît si bien la syphilis, c'est qu'on n'a pas pu l'étudier chez les animaux. »

On pourrait en dire autant de l'hydrothérapie, au sujet de laquelle M. Emile Duval vient d'écrire un très bon livre, basé uniquement sur l'observation. « Je ne sais pas comment agit l'hydrothérapie, a-t-il dit quelque part dans son travail; il me suffit qu'elle agisse. » Cette déclaration de principe a été fort du goût de M. le professeur Peter, qui a écrit pour ce livre deux pages charmantes en guise de préface; c'est la meilleure analyse, la meilleure appréciation qu'on pourrait en faire. Mais il n'y a pas seulement la constatation de l'action de l'hydrothérapie, il y a aussi celle des différents

ment habituel n'a pas eu lieu, quelques gouttes de sang seulement ont taché son linge.

La grossesse a été bonne. Je la vois le 18 octobre, et je constate l'existence d'une présentation de l'extrémité pelvienne. Le siège est en bas, la tête est en haut sous le foie, le dos est dirigé en arrière et à gauche. Les parois abdominales et les parois utérines sont souples, la quantité de liquide amniotique est normale; le bassin est bien conformé et grand. M[me] X... étant arrivée le matin même de voyage, je la laisse reposer pendant quelques jours, espérant que le fœtus évoluera spontanément. Le 25 octobre, je constate qu'il est demeuré dans la même situation : je fais quelques tentatives de version par manœuvres externes qui restent infructueuses. Je parviens à faire descendre la tête de haut en bas dans le flanc et au voisinage de la fosse iliaque du côté droit, mais, dès que je cesse d'appuyer sur elle, elle remonte au fond de l'utérus. J'essaie de pousser la tête du côté opposé, mais dès que, allant de droite à gauche, elle est arrivée au niveau de l'hypochondre gauche, elle reste en place et il m'est impossible de l'abaisser.

Le 1[er] novembre, la situation du fœtus n'ayant pas changé, je renouvelle mes tentatives. Lorsque j'ai réussi à amener la tête au-dessus de la fosse iliaque droite, je sens que je ne puis aller plus loin; si j'insiste un peu, elle glisse en arrière, s'échappe et remonte au fond de l'utérus. Le 3 novembre, j'essaie de nouveau sans plus de succès. Je prends le parti, craignant des circulaires du cordon autour du cou du fœtus, d'attendre avec patience l'accouchement.

Les premières douleurs apparaissent le mardi 6 novembre, à neuf heures du soir; je me rends immédiatement auprès de ma cliente. Le fœtus se présente toujours par le siège, en position S I G P; je cherche encore une fois, mais avec de grands ménagements, à le faire évoluer dans l'intervalle des contractions utérines, je ne puis pas.

Le travail marche régulièrement toute la nuit. Le 7, à huit heures du matin, le col était complètement effacé et la dilatation commençait. A trois

---

cas dans lesquels elle agit et ses différentes manières d'agir en bien ou en mal : ce qu'on aurait pu dire en quelques chapitres d'une manière plus ou moins obscure. M. Duval a préféré nous raconter ce qu'il a vu, citer des observations types à propos des résultats différents qu'il a obtenus suivant la maladie, le malade, et le mode d'administration du remède. C'est de la *clinique hydrothérapique*. Je ne connais pas de meilleur moyen d'exposer les indications et l'utilité d'une médication.

Ajoutons que la rédaction, très claire, très française, un peu caustique parfois dans la critique, est d'une agréable lecture; c'est une raison de plus pour lire le *Traité théorique et clinique d'hydrothérapie* de M. Duval; puisse-t-il procurer à l'hydrothérapie des partisans aussi convaincus que je le suis moi-même!

Quand on a beaucoup observé et bien observé, on a évidemment pu tirer des clients hydrothérapisés autre chose que de la thérapeutique pure et simple; aussi M. Duval a-t-il tracé çà et là quelques aperçus pathologiques qui ne manquent pas de valeur. Je citerai, entre autre, l'existence des fièvres intermittentes à Paris, qu'il a remarquée depuis longtemps, et qui a fait jeter les hauts cris à tant de confrères, lorsqu'un de nos maîtres les plus éminents les a accusées il y a quelques années de faire de grands ravages dans notre *aere parisiensi*. Que d'obscurités pathologiques les observations cliniques font disparaître chaque jour!

— Comme pendant aux recueils d'observations sont les résumés bien faits des récentes conquêtes de la science. C'est à ce titre que je mentionne une petite brochure

heures de l'après-midi, la dilatation étant complète, je rompis les membranes.

Le siège décompleté, mode des fesses, était au niveau du détroit supérieur, toujours dans la même position : on arrivait sur des organes génitaux indiquant le sexe féminin. Malgré de fortes contractions, le pelvis ne s'engageant pas, je me décidai, à quatre heures, à intervenir.

La patiente qui, depuis quelque temps, respirait du chloroforme, fut placée en travers du lit; j'introduisis la main gauche dans les organes génitaux, je pénétrai dans l'utérus en avant et à droite, je suivis la fesse gauche du fœtus et fus assez heureux pour trouver le pied que j'abaissai. Profitant du retour des contractions utérines, je procédai au dégagement en me proposant de surveiller exactement la situation du cordon. Lorsque le siège fut sorti et que l'ombilic fut arrivé à la vulve, je tentai de faire une anse au cordon ombilical, en tirant sur lui de haut en bas; je fus vite arrêté par la résistance de la tige funiculaire. Une contraction très forte détermina presque immédiatement la sortie, du reste, du tronc et des deux épaules. Je constatai alors que, partant de l'ombilic, le cordon passait sur la partie latérale gauche de l'abdomen, gagnait le dos qu'il suivait de gauche à droite pour venir passer sous l'aisselle du côté droit; là il se trouvait placé entre le bras ramené sur la partie antérieure de la poitrine et le tronc. Le cordon, très tiraillé en ce moment, gagnait ensuite le fond de l'utérus. Je dégageai facilement la tête. L'enfant fut maintenu près de la vulve et, après la cessation des battements, je sectionnai la tige funiculaire. La petite fille bien portante pesait 3,120 grammes.

La délivrance fut naturelle une demi-heure plus tard. L'insertion du cordon était vélamenteuse : il arrivait sur les membranes à 5 centimètres du bord du placenta, ses trois vaisseaux se divisaient pour se rendre séparément sur les cotylédons; il mesurait, dans sa totalité, 37 centimètres de longueur. J'ajoute que l'ouverture des membranes avait eu lieu sur la partie de l'œuf absolument opposée au placenta : cet organe était donc inséré au fond de l'utérus.

---

aux apparences modestes, intitulée : *Notes de chirurgie pratique*, par M. le docteur E. Tachard, médecin-major des Invalides. C'est l'exposé, en très bon style, très compréhensible, de ce qu'on peut faire actuellement grâce à l'antisepsie; le rôle du chirurgie et de ses aides, les matériaux de pansement, les agents antiseptiques, la pratique générale de toute opération antiseptique et, en particulier, les amputations, la résection dans les tumeurs blanches; le traitement des lésions chirurgicales des artères; de l'hydrocèle simple; des calculs vésicaux : par la lithotritie rapide chez l'homme et chez la femme, la cystotomie sus-pubienne; la trépanation dans les traumas crâniens; enfin l'extirpation du rectum dans le cancer ano-rectal.

— Avis aux jeunes élèves qui se proposent de lire dans l'original les travaux allemands, ce qui vaut beaucoup mieux que de les lire dans les traductions.

Sous ce titre : *Méthode pratique de langue allemande*, point de départ d'une collection qui s'appellera *Bibliothèque de l'enseignement pratique des langues vivantes*, la librairie H. Le Soudier commence la publication d'une nouvelle Méthode qui se propose d'acclimater à l'école, pour l'enseignement des langues vivantes, la méthode que *la mère emploie pour faire parler l'enfant*, avec les tempéraments et les additions qu'elle comporte.

C'est une erreur d'enseigner à l'élève des mots isolés, il faut, comme la mère, les lui enseigner dans de petites phrases courtes, dont les éléments sont fournis par les objets qui les entourent. C'est ce que l'auteur de la nouvelle Méthode, M. Antoine Lévy, pro-

Il est facile de comprendre quel obstacle s'est opposé à la version par manœuvres externes. Il y avait un léger degré de brièveté du cordon : il existait, de plus, non pas des circulaires du cordon autour du cou du fœtus, mais un enroulement de la tige funiculaire autour du tronc. Quand, le fœtus se présentant par le siège en position S I G P, on voulait abaisser la tête du côté droit, c'était le tronc qui mettait obstacle à sa descente; quand, au contraire, on essayait de pratiquer la version en sens inverse, en repoussant la tête de l'hypochondre droit dans l'hypochondre gauche, c'était le bras, ramené sur le devant de la poitrine, qui était arrêté par le cordon.

Il est probable, étant donnée l'insertion vélamenteuse, que nous aurions facilement produit une déchirure des vaisseaux du cordon, une hémorrhagie et la mort du fœtus, si nos tentatives n'avaient pas été très modérées.

Partisan convaincu de l'utilité de la version par manœuvres externes, nous croyons devoir publier ce fait pour montrer avec quelle prudence il est parfois nécessaire d'agir.

## REVUE DES JOURNAUX

**Etude sur le dédoublement des opérations cérébrales,** par le docteur Luys. — *Conclusions :* 1° Dans les conditions normales du fonctionnement du cerveau les hémisphères sont doués d'autonomie.

2° L'hémisphère gauche, peu hâtif dans son développement, est aussi celui qui présente le plus de masse. En général, il surpasse son congénère de 5 à 7 grammes normalement en poids.

3° Si les lobes cérébraux, au point de vue de certaines opérations psychiques d'ensemble, agissent d'une façon synergique, il existe par contre un certain nombre de circonstances dans lesquelles cette synergie cesse d'exister. Ainsi dans l'action d'articuler les sons et de tracer de la main droite des caractères graphiques, dans le langage oral ou dans le langage écrit, c'est l'hémisphère gauche seul qui entre en action.

---

fesseur au lycée Charlemagne, fait dans la première partie de sa Méthode, Mots et Phrases.

Mais les phrases se compliquent à mesure que les idées de l'enfant s'étendent. Partant du même principe, l'auteur, dans la deuxième partie, Grammaire et Exercices de conversation, présente des phrases plus compliquées, non au moyen de thèmes et de versions, mais en engageant avec l'élève des conversations suivies, dont les difficultés sont suffisamment graduées, sur les différents sujets de la vie ordinaire. Entre ces exercices de conversation sont intercalées les règles de grammaire qui y sont appliquées.

L'enfant apprend avec une égale facilité les idiotismes les plus délicats de la langue maternelle. En cela encore, l'auteur a cru devoir suivre la méthode naturelle. Il est d'avis qu'on ne saurait trop tôt familiariser l'élève avec les idiotismes de la langue vivante qu'il doit apprendre. Il présente dans la troisième partie de sa Méthode, Idiotismes et Proverbes, une liste des principaux germanismes et des principaux proverbes allemands avec les gallicismes et les proverbes français correspondants.

Cette Méthode nous paraît digne de toute l'attention des pédagogues et des étudiants en médecine qui veulent apprendre par eux-mêmes la langue allemande. C'est, je crois, suffisant pour l'usage qu'ils sont appelés à en faire.

— Les procès-verbaux, mémoires et discussions du Congrès français de chirurgie de 1888 viennent de paraître à la librairie Alcan. Tous les adhérents au Congrès les ont maintenant entre les mains. Pour ceux qui auraient oublié les sujets discutés dans

4° Dans l'action de jouer des instruments de musique, et du piano en particulier, la culture créée des conditions artificielles de l'activité cérébrale, en vertu desquelles chaque lobe agit isolément, d'une façon indépendante de son congénère, non seulement au point de vue des phénomènes psycho-moteurs, mais encore au point de vue des opérations mentales, pour lire la musique, assembler des souvenirs, accomplir des opérations de jugement et ordonner des actes moteurs coordonnés.

5° Dans le domaine de la pathologie mentale, ces aptitudes naturelles à l'activité automatique de chaque lobe cérébral sont susceptibles de se révéler avec un grand caractère d'énergie.

Chez les aliénés, l'écart en poids entre la masse des lobes cérébraux est beaucoup plus grand que normalement. La *déséquilibration* entre chacun d'eux est beaucoup plus accentuée. C'est le lobe droit qui, dans ces cas, absorbe à lui seul l'activité trophique. L'écart, au lieu d'être de 7 grammes, s'élève quelquefois jusqu'à 25 et 30 grammes (sans lésion destructive).

Chez certains aliénés, les hallucinés lucides, les hypochondriaques lucides, la coexistence de la lucidité et du délire peut trouver son explication rationnelle dans l'intégrité d'un lobe cérébral et l'hypertrophie morbide de certaines régions du lobe opposé. Dans un certain nombre de cas semblables, nous avons constaté que le travail morbide était unilatéral et manifesté par une saillie insolite du lobe paracentral. Ces faits semblent donc démontrer la possibilité de la coexistence de l'hallucination et de la lucidité.

6° En dehors des cas que nous venons de signaler, il existe encore un grand nombre d'états psychopathiques, les impulsions, les aliénations avec conscience, dans lesquels les troubles morbides ne peuvent avoir d'autre explication rationnelle et véritablement physiologique, qu'une désharmonie passagère survenue entre les deux lobes cérébraux, dont l'un fonctionne d'une façon irrégulière alors que son congénère est dans les conditions normales.

7° Au point de vue du pronostic de la maladie mentale, la survivance de sa lucidité et sa persistance étant bien constatées, on peut en déduire des données d'une certaine importance, car ce symptôme impliquerait l'intégrité persistante d'un lobe seulement avec toutes ses aptitudes dynamiques; et réciproquement, l'absence de la lucidité, constatée d'une façon précise, impliquerait l'envahissement simultané et parallèle des deux lobes cérébraux. On sait, en effet, que la plupart des hallucinés, qui, au début, sont lucides pendant un certain temps, finissent par cesser de l'être, et qu'au bout de plusieurs années, par l'évolution naturelle du processus morbide, ils finissent par être

---

ses séances, nous dirons que les quatre questions principales étaient : 1° De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses) ; 2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive ; 3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opération de Létiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs; 4° De la récidive des néoplasmes opérés; recherches des causes et de la prophylaxie.

— L'idée de la nature infectieuse du tétanos, qui a fait de si grands progrès dans ces dernières années, a déjà suscité tant de travaux dans les voies expérimentale et clinique, que leur seule analyse a pu faire l'objet d'un volumineux travail. C'est comme sujet de thèse que M. le docteur René Colin a présenté à la Faculté de médecine ce résumé, aussi comple que peut l'être un travail de ce genre. On y trouvera les documents recueillis rangés en plusieurs chapitres : d'abord, les recherches expérimentales, puis les recherches histologiques, et les théories qui ont été bâties successivement sur elles : théories nerveuse, humorale, sanguine, infectieuse ; pour les faits cliniques, à l'état d'épidémies ou d'endémies. Après avoir élagué les théories anciennes, M. Colin en arrive à la théorie infectieuse et divise les auteurs en trois catégories : 1° ceux qui sont prêts à admettre l'origine infectieuse du tétanos; 2° ceux qui l'admettent ; 3° ceux qui trouvent dans la plaie l'origine du tétanos. Est-il d'origine atmosphérique? tellurique? animale? Est-il analogue à la rage? Telles sont les questions que pose M. Colin et à la suite desquelles il range les opinions de

complètement oblitérés par les incitations du dehors et plus ou moins privés de la compréhension de ce qui se fait autour d'eux.

Dans les cas de ce genre, les lésions portent également sur les hémisphères, et c'est la démence qui se révèle avec ses caractères d'incurabilité absolue.

8° La théorie, en un mot, du dédoublement de l'activité cérébrale peut donner une explication rationnelle à certains phénomènes morbides des psychoses, qui, jusqu'à présent, sont restés dans l'ombre, faute de données suffisantes, destinées à les mettre en saillie. (*Encéphale.*)

**Étude séméiologique du second bruit du cœur**, par MM. Bucquoy et Marfan. — Ce travail se termine par les conclusions suivantes :

Envisagées au point de vue de leurs causes, les modifications du deuxième bruit du cœur peuvent se grouper en deux catégories. Dans la première se placent les modifications du second bruit qui tiennent à une altération du sang ; dans la seconde, celles qui sont causées par une altération des parois aortiques et des valvules sigmoïdes.

Les altérations du sang qui peuvent produire des modifications du second bruit portent soit sur la tension, soit sur les propriétés physico-chimiques.

Une faible tension du sang affaiblit le second bruit et indique un amoindrissement de l'énergie myocardique.

Une forte tension exagère le second bruit, l'accentue, le renforce sans changer son timbre.

Les altérations physico-chimiques du sang dans les anémies renforcent aussi le claquement des valvules sigmoïdes, probablement parce que le sang devient meilleur conducteur du son.

Cette exagération du second bruit a une valeur séméiologique différente suivant qu'on l'entend : 1° à droite, dans l'aire des bruits aortiques : elle indique alors une augmentation de la pression artérielle dans le système aortique, augmentation qui est sous la dépendance d'une artérite généralisée, portant surtout sur les artères périphériques, spécialement celles du rein ; 2° à gauche, dans l'aire des bruits pulmonaires : elle indique alors une augmentation de la pression dans le tronc de l'artère pulmonaire, augmentation qui tient surtout à une gêne de la circulation pulmonaire ; les lésions mitrales, mais surtout le rétrécissement mitral, en sont la cause ordinaire ; 3° à la fois à droite et à gauche, dans l'aire des bruits pulmonaires comme dans l'aire des bruits aortiques :

---

nombreux auteurs à cet égard. Si tout le monde, ou à peu près, est d'avis que le tétanos est de nature infectieuse, l'accord n'est pas encore fait au sujet de son origine, mais il existe des fils d'Ariane pour se reconnaître dans ce dédale, et on en trouvera un excellent dans le travail de M. R. Colin.

— Je ne puis terminer cette revue sans dire un mot d'une petite brochure de M. le docteur Humbert Mollière (de Lyon), intitulée : *De l'assistance aux blessés avant l'organisation des armées permanentes*. Notre érudit confrère, un des rares médecins pour qui l'histoire de la médecine présente quelque attrait, obtint comme récompense de son zèle pour cette partie de la science d'être nommé membre de l'Académie des sciences, arts et belles-lettres de Lyon, et c'est en guise de discours de réception qu'il rédigea la brochure que j'ai l'honneur de vous présenter.

C'est un rapide aperçu des moyens mis en œuvre pour secourir les blessés à la guerre depuis les temps historiques jusques et y compris A. Paré ; mais cet exposé est plein d'intérêt, parce qu'il s'appuie sur des documents de premier ordre ; si M. Mollière n'est pas toujours remonté lui-même aux sources, c'est qu'il a pensé, avec raison, pouvoir s'en dispenser en invoquant les textes de Malgaigne, Daremberg, Dechambre, Pétrequin, René Briau, *et cæterorum*, entre autres notre savant collègue le docteur L. Thomas.

Maintenant que l'ancienne Ecole de santé de Strasbourg va être installée à Lyon, les documents cités par M. Mollière et son intéressant travail pourront être utilisés avec profit par celui qui aura l'honneur de présider la séance d'inauguration de la nouvelle Ecole.

L.-H. Petit.

l'exagération du second bruit indique alors le plus ordinairement un état anémique dépendant de causes variées.

Lorsqu'il y a induration athéromateuse des parois aortiques et des valvules sigmoïdes sans augmentation de la pression sanguine, le timbre du second bruit se modifie, il prend le caractère *tympanique*. Si à ces altérations athéromateuses s'ajoute l'insuffisance des valvules, le souffle diastolique accompagne l'éclat tympanique.

Enfin, dans le cas de complication par une dilatation de l'aorte, le second bruit tympanique se diffuse, c'est-à-dire s'entend hors de l'aire normale des bruits aortiques.

(*Revue de médecine*, novembre 1888.)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 28 décembre 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Pleurésies hémorrhagiques guéries par la thoracentèse. — Le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.*

M. Lereboullet a obtenu la guérison très rapide de trois pleurésies hémorrhagiques par la thoracentèse suivie d'une révulsion énergique. Il a évacué des épanchements d'un demi-litre à plus d'un litre; le liquide était soit séro-sanguinolent, soit composé de sang presque pur, soit louche, déjà manifestement purulent, mais très fortement coloré en rouge par du sang. Tantôt l'évolution avait été très aiguë, tantôt l'état général mauvais du sujet pouvait faire redouter la tuberculose. La révulsion a consisté en cautères. Dans un des cas, la guérison se maintient depuis six ans.

M. Lereboullet croit pouvoir, à la suite de ces faits, conclure à la curabilité des pleurésies hémorrhagiques non cancéreuses, que l'épanchement soit dû à l'acuité de l'inflammation, qu'il dépende de la dénutrition de l'organisme ou qu'il se produise à la suite d'un effort déterminant la rupture de néo-membranes vasculaires. Sans nier l'existence de pleurésies *histologiquement* tuberculeuses, il ne croit pas que la tuberculisation pulmonaire soit toujours à redouter après une pleurésie.

— M. Juhel-Rénoy a communiqué le 25 janvier dernier à la Société ses premiers résultats statistiques sur le traitement systématique de la fièvre typhoïde par les bains froids d'après la méthode de Brand rigoureusement appliquée. La mortalité était de 7 p. 100.

Depuis lors, il a soigné 10 nouveaux cas de la même façon, 8 à l'hôpital, 3 en ville.

Comme gravité, ces 10 cas se décomposent ainsi : 1 cas bénin, 4 cas d'intensité moyenne, 4 très graves, 1 excessivement grave.

« Dans ce dernier cas, vraiment typique, dit M. Juhel-Rénoy, il s'agissait d'une jeune fille de 18 ans, obèse, albuminurique depuis huit ans (par suite de scarlatine). Avant même l'apparition des taches rosées lenticulaires, c'est-à-dire dès le début de la maladie, l'adynamie était extrême. Langue rôtie, relâchement des sphincters, encombrement bronchique, asphyxie menaçante, paralysie cardiaque. Cette dernière — que l'on a récemment décorée du nom d'embryocardie — était telle, et dès le début, que le cœur battait de 160 à 180 pulsations à la minute. Elle était donc poussée à son summum puisque, de l'aveu de tous, lorsque sa durée et son intensité sont telles, elle devient un arrêt de mort.

Un frère de la malade ayant été traité avec succès, par les bains froids, à Lyon, et pour une fièvre typhoïde grave, la famille nous demanda, à mon confrère Julien et à moi, de recourir au même traitement. Je l'aurais fait sans y être incité.

Pendant quinze jours surtout, ce fut un véritable cadavre que l'on mit au bain dix ou douze fois par jour. En raison de la gravité exceptionnelle du cas, je n'hésitai pas à modifier la méthode, suivant en cela le conseil de Brand et de Glénard. Le bain fut donné à 15, 12 et même 10°, les affusions d'eau glacée sur la tête durant cinq à dix minutes. Des compresses glacées étaient maintenues constamment sur le cœur.

Nous eûmes enfin la joie d'arracher à la mort la jeune malade. Pour ce faire, 177 bains avaient été nécessaires, et la maladie n'avait pas exigé moins de 43 jours de traitement d'une activité incessante.

A ma connaissance, aucun fait ne plaide plus victorieusement la cause de la médication que je tente d'introduire à Paris dans le traitement de la fièvre typhoïde.

Parmi mes malades de l'hôpital, je note 3 alcooliques renforcés et fortement adynamisés, une femme ayant une insuffisance mitrale (suite de rhumatismes antérieurs), enfin, un cas d'encombrement bronchique intense avant tout traitement.

Dans tous les cas, j'ai vérifié à nouveau le pouvoir vraiment paradoxal du traitement sur les phénomènes pulmonaires, son action profonde sur la diurèse; et, s'il est vrai que la fièvre typhoïde soit caractérisée par une exagération de la désintégration organique, et que les déchets qui en résultent aient tendance à être retenus dans l'organisme, on voit combien importe la polyurie qu'aucun traitement ne donne au même degré que le bain froid.

Mes dix cas représentent cinq cents bains froids. Je n'ai jamais eu d'accident. Comme inconvénients, j'ai noté seulement, dans deux cas, des douleurs sous forme de crampes persistantes dans les membres inférieurs, une rougeur intense des extrémités, enfin quelques plaintes vives à la fin du traitement.

Pour ne parler que de Paris, — car je sais que les statistiques des Lyonnais rencontrent encore ici des incrédules, — nous avons jusqu'à ce jour, M. Richard (du Val-de-Grâce) et moi, traité 91 malades par la méthode de Brand et notre mortalité est de 5,48 p. 100. M. Josias vient d'en traiter 14 sans un cas de mort. Soit, en tout, 105 cas et un taux de mortalité de 4,76 p. 100.

Dans ces conditions, je demande encore à mes collègues d'essayer sans parti pris, mais dans toute sa rigueur, la méthode de Brand. Si on le fait, ma conviction profonde est qu'on arrivera à un abaissement considérable de la mortalité par la fièvre typhoïde, qui, dans l'année, représente le tiers de la mortalité totale. Les arguments invoqués à tort contre ce traitement semblent, du reste, faiblir, et je n'hésite pas à confirmer absolument les conclusions que Vogl (de Munich) voulait bien me communiquer récemment et que je résume :

1° Le bain froid a une action non seulement antipyrétique, mais surtout antidynamique ;

2° L'argument des dangers qu'il ferait courir aux malades doit être dorénavant abandonné;

3° Grâce à son emploi, la mortalité moyenne entre 1874 et 1887 a été, à l'hôpital militaire de Munich, de 2,7 p. 100; dans aucune des années prises isolément, elle ne s'est élevée au-dessus de 5 p. 100.

4° Il importe au plus haut point de commencer l'application de la méthode de Brand à un moment aussi rapproché que possible du début de la maladie. »

A la suite de la communication de M. Juhel-Rénoy, la discussion, déjà plusieurs fois soulevée devant la Société des hôpitaux, s'est ravivée.

M. Féréol a déjà fait des tentatives d'application du bain froid systématique, mais n'a pas été toujours heureux dans ses essais, puisqu'il a perdu récemment un jeune homme de 18 ans d'une pneumonie consécutive au premier bain. Il est vrai que ce premier et unique bain ne fut donné que le quinzième jour.

[C'est d'ailleurs toujours ainsi que la discussion dévie. Pour avoir une opinion valable sur la méthode, il faut l'appliquer systématiquement dans toute sa rigueur; or, pour agir ainsi, il faut y avoir confiance. Le corps médical des hôpitaux de Paris tourne dans ce cercle depuis qu'il est question de la méthode de Brand. On n'aura des chiffres valables à apporter qu'après une expérience de plusieurs années faite dans plusieurs hôpitaux. Encore faut-il que quelques-uns commencent. Il est peu probable que ce soient les anciens. M. Juhel-Rénoy a plus de chances de recruter des adhérents parmi les plus jeunes de ses collègues, comme M. Josias.]

**M. Gérin-Roze s'étonne que M. Juhel-Rénoy ait pu obtenir de l'Administration le ma-**

tériel et les serviteurs nécessaires pour appliquer la balnéation systématique, car lui-lui-même n'a pu obtenir dans son service un infirmier supplémentaire.

M. Hayem continue à se défier de toute médication systématique en reconnaissant que la méthode de Brand est indiquée dans certains cas. A propos de la difficulté qu'il y a à faire un diagnostic précoce de fièvre typhoïde pour appliquer le traitement comme le veut Brand dès le début, M. Hayem fait connaître le procédé suivant reposant sur l'analyse du sang.

Au début d'une fièvre typhoïde, il n'y a pas augmentation de la fibrine du sang, même si la température est très élevée. Au contraire, dans le simple embarras gastrique fébrile, on constate au microscope la formation du réticulum fibrineux. Dans les très rares exceptions à cette règle, il s'agit de fièvres typhoïdes dans lesquelles il existe des lésions inflammatoires du tube digestif d'une intensité anormale. On ne constate pas non plus le réticulum fibrineux dans les cas de typhus abortif (*typhus levissimus*) qui se termine en deux septénaires, même quand il y a hyperthermie. — P. L. G.

## FORMULAIRE

Potion contre l'hémoptysie. — Gubler.

| | |
|---|---|
| Ergotine Bonjean...................... | 2 à 4 grammes |
| Acide gallique.......................... | 0 gr. 50 cent. |
| Hydrolat de menthe...................... | 90 grammes. |
| Sirop d'essence de térébenthine........ | 30 — |

F. s. a. Une potion à donner par cuillerées dans les vingt-quatre heures, aux personnes atteintes d'hémoptysie. — Boissons glacées, repos au lit, sinapismes sur les membres et le thorax successivement. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Création a Milan d'une Commission permanente de recherches scientifico-pratiques. — Sur la proposition du comité milanais de l'Association médicale d'Italie, une Commission destinée à favoriser les recherches médicales qui peuvent intéresser à la fois la science et la pratique de notre art, vient d'être élue à Milan. Elle est composée de 25 membres, sous la présidence du docteur Joseph Lewis. C'est la première Commission de ce genre qui se constitue en Italie, nous dit la Gazzetta médica Italiano-Lombardia; avec cet organe nous féliciterons Milan d'avoir donné l'exemple, et nous souhaiterons bonne chance à cette entreprise. (*Gaz. méd.*).

## COURRIER

Légion d'honneur. — *Au grade d'officier* : MM. Talairach, médecin en chef de la marine; Albert ; Krug-Basse ; Pernod ; Robert et Chauvin, médecins militaires ; docteur Féréol, médecin à l'hôpital de la Charité ; docteur Chipault, chirurgien en chef des hospices civils d'Orléans.

*Au grade de chevalier* : MM. Bœuf ; Bourat ; Coquiard ; Drago ; Cazes ; Bastian ; Néis ; Vaillard ; Martin ; Bequin ; Darré ; Toussaint ; Roch ; Charropin ; Ferrandi ; Baudoin ; Bourgois ; Lachappelle ; Donion ; Landois ; Belleau et Courssières, médecins militaires ; MM. Ernest Hardy et Ernest Monin, de Paris ; Fromen, d'Espalion, et Saint-Yves Ménard, de Neuilly-sur-Seine; Olivier, de Lille ; Calmettes, de Paris; le docteur Gosne ; le docteur Hallopeau, médecin à l'hôpital Saint-Louis ; docteur Hénocque ; docteur Combe ; le docteur Depantaine; docteur Armaingaud, directeur du sanatorium d'Arcachon.

Nous apprenons également la nomination de M. Gallet, directeur de l'hôpital Lariboisière.

Ont été nommés :

*Officiers de l'instruction publique.* — MM. les docteurs Broquère, de Paris ; Dumas, de Thiers ; Level, de Paris ; Roussel, de Paris ; Bonnefoy, de Paris ; Doué, pharmacien de la marine ; Figuier, de Bordeaux ; Duprey, de Rouen ; Hallez, de Lille ; Girard, de Grenoble ; Villard, de Marseille ; Cazeneuve, de Lyon ; Dubreuil, de Montpellier ; Bleynie, de Limoges ; Collardot, d'Alger ; Pinet, de Paris ; Hamant, médecin militaire.

*Officiers d'Académie.* — Bernaudeaux, de Nantes ; Billon, de Paris ; Boyé, de Paris ; Buisson, d'Auberchicourt ; Butte, de Paris ; Collin, de Saint-Honoré-les-Bains ; Depasse, de Paris ; Deschamps, de Riom ; Dodin, de Challans ; Dubousquet-Laborderie, de Saint-Ouen ; Durand-Desmons, de Seine-et-Marne ; Durand-Fardel, de Paris ; Duroziez, de Paris ; Ernous, de Paris ; Flous, de Nouaillon ; Gallois, de Rilly-la-Montagne ; Gautier, de Paris ; Gémy, d'Alger ; Godard, de Mamers ; Hauguel, de Lillebonne ; A. Josias, de Paris ; Lalanne, de Captieux ; Large, de Paris ; Larrivé, de Paris ; Liégeois, de Bainville-aux-saules ; Loignon, de Talence ; Loring, de Coulommiers ; Love, de Paris ; Mathieu, de Saint-Remy-en-Bouzemont ; Mauriac, de Bordeaux ; Pécant, de Salles-Mongiscard ; Pernet, de Rambervillers ; Pottier, de Vanves ; Poulet, de Plancher-les-Mines ; Rigout, de Paris ; Rotillon, de Paris ; Savoye, de Paris ; Schindler, médecin-major ; Tichy, de Cette ; Vallon, de Villejuif ; Bottey, de Divonne ; Camus, de Paris ; Vauthier, de Paris ; Blanchard, de Paris ; Bergonié, de Bordeaux ; Debierre, de Lille ; Lenoel, d'Amiens ; Didelot, de Lyon ; Tedenat, de Montpellier ; Boinet, de Montpellier ; Lobler, de Marseille ; Chaslin, de Paris ; Surre, de Saint-Cloud ; Michel, de Chaumont ; Biron, d'Argenteuil ; Paleuc, de Toulouse ; Gaston, de Voiron ; G. Steinheil, libraire-éditeur médical.

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX. — Par suite de la mort de M. Martineau, et de la création, récemment décidée par le Conseil municipal de deux nouvelles places de médecins à l'hôpital Broussais, les mutations suivantes auront lieu incessamment dans les hôpitaux de Paris :

M. Barth passe de Tenon à Broussais ; M. Chauffard, de Sainte-Périne à Broussais ; M. Oulmont, de Larochefoucault à Tenon ; M. Muselier, du bureau central à Sainte-Périne, M. Brissaud, du bureau central à Larochefoucault ; M. de Beurmann, du bureau central à Lourcine.

DOTATION POUR LES HÔPITAUX DE CAMPAGNE. — Une dotation de 4 millions est accordée pour l'organisation des hôpitaux de campagne et la constitution d'approvisionnements antiseptiques.

— Le préfet de la Seine vient d'aviser l'administration de l'Assistance publique qu'il allait poursuivre devant le Conseil d'Etat la demande d'un décret d'utilité publique pour permettre l'expropriation des terrains nécessaires à l'établissement des hôpitaux d'isolement suburbains, dont la création a été décidée en principe par le Conseil municipal, sur le rapport de M. Chautemps.

— A l'occasion de la fête de Noël, Mme Carnot a fait remettre à M. le directeur de l'Assistance publique la somme de 1,000 fr. pour les enfants des hôpitaux Trousseau et des Enfants-Malades et le service des teigneux de l'hôpital Saint-Louis.

— Dans sa première séance générale le Conseil supérieur de l'instruction publique a approuvé le projet de décret transformant en Ecole de plein exercice l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger.

LES FEMMES MATHÉMATICIENS. — Il n'y a pas que la médecine qui attire les femmes : toutes les branches des sciences leur sont désormais ouvertes, et les licenciées ès sciences, bientôt les agrégées, ne seront pas moins nombreuses que les doctoresses. Le grand prix des sciences mathématiques que vient de décerner l'Académie des sciences a été remporté par Mme Kowaleski, professeur à l'Université de Stockolm, et descendante de Mathias Corvin, roi de Hongrie. Son amour des sciences peut être considéré comme héréditaire,

car Mathias Corvin fut à la fois un grand guerrier et un fervent protecteur des lettres, des arts et des sciences. (*Gaz. méd.*).

Nécrologie. — Léon Dumas, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, vient de mourir à l'âge de 39 ans, emporté par une affection qui, depuis quelques semaines, ne laissait plus aucun espoir à ses amis. Dès 1873, il avait montré, par sa thèse inaugurale sur l'*Hygiène des Maternités*, qu'il voulait surtout s'occuper d'obstétrique. En 1880, il était venu passer plusieurs mois à Paris pour se préparer au concours d'agrégation. Il s'y livra à un travail acharné et eut le bonheur de retourner chez lui avec le titre qu'il ambitionnait. En 1885, la chaire théorique d'accouchements de Montpellier fut transformée en chaire de clinique obstétricale et gynécologique. Depuis quelque temps, il remplaçait, à la Faculté et à la Maternité, son père souffrant et très âgé; les nombreux travaux qu'il n'avait cessé de publier, malgré les fatigues de cet enseignement multiple, le succès même de cet enseignement, le désignaient pour occuper la chaire nouvelle; il y fut nommé et réorganisa de son mieux l'instruction clinique qui laissait à désirer. Il continua à travailler avec une grande ardeur, tenant à se montrer digne de la place que, jeune encore, il avait si bien conquise. Il fut nommé chirurgien en chef de la Maternité en 1886.

Léon Dumas avait appris successivement l'italien, l'allemand et l'anglais, afin de pouvoir, comme professeur, se tenir au courant de la science et aussi afin de profiter de ses lectures pour ses travaux personnels. A ceux qui ne le connaissaient pas, il paraissait de glace; c'était au contraire un esprit très vif : littérateur, poète, dessinateur habile, musicien et même compositeur, il avait par moments un entrain incroyable. Quelle humour, quelle fantaisie lorsqu'il laissait à son imagination la bride sur le cou; et, à côté de cela, quels sentiments d'amitié profonde et quel dévouement sans bornes il avait pour ceux qui lui étaient chers ! Aussi sa mort est-elle un grand deuil pour ses collègues, pour ses élèves et pour ses amis; elle sera aussi vivement regrettée par le monde scientifique obstétrical, qui espérait encore de lui de nombreux travaux.

Voici les titres de ses principales publications : « Etude sur l'hygiène des Maternités », th. inaug., 1873. — « Compte rendu de la clinique obstétricale de Montpellier », 1877, 1878. — *Idem.*, 1878-1879. — « Mémoire relatif à un projet de policlinique obstétricale », 1879. — « Observations cliniques relatives à l'influence de la tension artérielle puerpérale », 1878. — « Cliséomètre mixte applicable au détroit supérieur chez la femme vivante », 1879. — « De l'albuminurie chez la femme enceinte », thèse d'agrégation, 1880. — « Contribution à l'étude de la dysménorrhée membraneuse », traduit de l'italien, 1881. — « Le bassin scoliotique et cypho-scoliotique rachitique », résumé critique du mémoire allemand de Léopold, 1881. — « Le Nouveau-né », 1883. — « De la dilatation præ-fœtale de la vulve », 1883. — « Nouvelles considérations sur la dilatation præfœtale », 1885. — « Bibliographie de la version », 1886. — « De l'œdème du nouveau-né » 1887, etc,, etc. — P. Budin. (*Progrès médical.*)

— M. le docteur Aimé Estorc, ancien interne des hôpitaux de Montpellier, médecin de la Compagnie du Midi, chirurgien en chef des hospices de Bédarieux, collaborateur de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, vient de mourir. Un grand nombre de discours ont été prononcés à ses obsèques, qui ont eu lieu le 17 décembre 1888, dans son pays natal, Saint-André-de-Sangonis.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

### De la fièvre intermittente. (Début réel de l'accès, mode d'administration du sulfate de quinine, microbiologie du sang.)

Une erreur trop fréquemment commise consiste à croire que l'accès de fièvre intermittente débute par le frisson. Il n'en est rien : le frisson n'est que le *début apparent* de l'accès, dont le *début réel*, véritable, est l'exagération des combustions organiques du corps, révélée par l'accroissement de la proportion d'urée contenue dans l'urine, quelque temps déjà avant que le frisson n'éclate. Si, chez un individu qu'on sait être sous l'influence actuelle de l'impaludisme, on s'astreint à placer le thermomètre dans l'aisselle à des intervalles de temps assez rapprochés, on constate que la température s'élève d'abord très lentement, depuis la normale jusqu'à 38°, puis un peu plus vite de 38° à 39°, et c'est à 39° seulement que le frisson paraît : il n'est donc pas l'indice de la première ascension thermique, celle-ci remonte à une heure, une heure et demie auparavant, et résulte de l'exagération des combustions. Si, d'autre part, on partage les urines de ce malarique en

## FEUILLETON

### L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE

Pour apprécier une institution académique, il faut connaître à quel moment elle s'est produite, quelle a été sa raison d'être, pourquoi et comment elle s'est constituée. Une revue rétrospective, et aussi rapide que possible de l'Histoire de la chirurgie, vient s'imposer ici ; elle ne sera point sans profit pour vous.....

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Avant le XIII[e] siècle, les barbiers étaient les chirurgiens les plus répandus ; dans les grandes villes seulement, on trouvait de rares chirurgiens laïques et des médecins-chirurgiens lettrés qui daignaient opérer de leurs propres mains ; partout les ignorants barbiers discréditaient la chirurgie. La confrérie de Saint-Côme, composée à son origine de quelques chirurgiens jurés, obtint le droit de surveiller les barbiers ; elle voulait restreindre leurs attributions, les annuler au besoin, arriver au droit absolu de former les chirurgiens laïques, de conférer les grades de bachelier, licencié et maître, en constituant ainsi une sorte de faculté de chirurgie semblable à la Faculté ou École majeure de médecine, et qui devait finir par être annexée comme elle à l'Université. Les barbiers nombreux, soutenus par leur chef, le barbier du roi, défendaient leurs antiques privilèges et continuaient à pratiquer la chirurgie, que beaucoup de chirurgiens de

deux parties égales, l'une comprenant l'urine des douze heures les plus rapprochées de l'accès, l'autre comprenant l'urine des douze heures les plus éloignées de l'accès, on s'aperçoit que le chiffre d'urée de la première est toujours plus élevé que celui de la seconde, et cela dans une proportion très notable, qui peut être du double, du triple même. Quant à la différence de temps qui s'écoule entre le moment du début réel indiqué par l'augmentation de l'urée que révèle l'analyse de l'urine et le début apparent marqué par le frisson, elle varie avec le type de la fièvre intermittente : dans la fièvre quotidienne, l'écart est de deux heures en moyenne; dans la fièvre tierce, il est de six à huit heures; dans la fièvre quarte, il atteint douze, quinze et même dix-huit heures.

Ces faits indéniables, constants, condamnent toutes les théories nerveuses de la fièvre, qui prennent le frisson pour point de départ. Ils ont, de plus, un intérêt pratique très important : ils indiquent le mode le plus rationnel pour administrer le sulfate de quinine dans la fièvre intermittente. D'une façon générale, le mode d'emploi de ce médicament a été modifié par les recherches contemporaines, qui ont établi le temps nécessaire pour qu'il agisse : nous savons ainsi qu'une dose capable d'agir sur la température manifeste la plénitude de son action six heures seulement après qu'elle a été prise; d'où cette conséquence que la quinine doit être donnée six heures avant que se produise la température ou l'accès qu'on peut modifier. Mais si on applique ce précepte à la forme de fièvre qui nous occupe, à la fièvre intermittente, et qu'on considère le frisson comme le début de l'accès, on aura invariablement un mécompte : en donnant le sulfate de quinine six heures avant le frisson, l'accès sur lequel on veut agir n'est pas modifié ou l'est d'une façon très incomplète, c'est seulement l'accès suivant qui est atténué ou supprimé. La raison de cet échec relatif est facile à comprendre d'après ce qui précède : c'est qu'on a fait prendre le médicament au moment où l'accès était en pleine évolution puisque les modifications organiques qui vont provoquer le frisson sont déjà commencées. A quel moment faut-il donc administrer la quinine dans la fièvre intermittente? Si la fièvre est

---

Saint-Côme négligeaient presque autant que les médecins lettrés, groupés autour de la Faculté de médecine. Cette dernière contestait à la confrérie ou collège de Saint-Côme son indépendance et ses privilèges; elle prétendait avoir seule juridiction sur la science médicale tout entière; les chirurgiens de Saint-Côme, quels qu'ils fussent, devaient être considérés comme ses élèves, suivre ses leçons; leurs titres devaient être sanctionnés par elle. Il va sans dire que la Faculté avait des droits absolus sur les barbiers.

Ces prétentions opposées rendaient les conflits inévitables. Une série interminable de discussions, de procès, d'arrêts, continuait entre les barbiers, les chirurgiens, les maîtres-régents, plus tard docteurs de la Faculté. De temps en temps, les hostilités cessaient, il y avait trêve apparente; mais les haines existaient sourdement, et, à la moindre occasion favorable, les combats recommençaient. Tous les édits, les ordonnances, les jugements qui se multipliaient n'atteignaient pas le mal dans ses racines; on perdait ainsi un temps précieux et ces luttes sourdes ou déclarées, loin de servir la science et l'enseignement, en arrêtaient l'essor et nuisaient à leur dignité.

Pendant tout le XIVe siècle, le Collège de Saint-Côme contesta les droits conférés légalement aux barbiers; mais il vit repousser ses prétentions. En 1372, un édit royal motivé fixa la part de la barberie dans les opérations; les chirurgiens de robe longue conservèrent leur suprématie, leur juridiction sur les barbiers et le droit de conférer des grades en chirurgie; ils exigèrent que leurs bacheliers fussent lettrés, connaissant la langue latine. Plus tard, les empiétements des barbiers allant croissant, la confrérie

quotidienne, il est nécessaire que cette administration soit achevée huit heures avant l'accès, c'est-à-dire qu'elle ait lieu presque immédiatement après l'accès précédent ; dans la fièvre tierce, il faut qu'elle soit terminée douze heures avant l'accès; dans la fièvre quarte, elle devra être finie quinze à dix-huit heures avant que celui-ci éclate. L'insuccès momentané de la quinine tient parfois aussi à une autre cause : tout en l'administrant en temps voulu, on peut en fractionner la dose suivant un mode défectueux ; or, la rapidité de son élimination est telle qu'il peut se faire que la première fraction de la dose soit déjà sortie de l'organisme quand la seconde y arrive; il est donc nécessaire de suivre une méthode qui fasse prendre la quinine dans le plus court espace de temps possible, il faut rapprocher les fractions de la dose; si une dose d'un gramme, par exemple, est jugée nécessaire, elle doit être prise intégralement en trois quarts d'heure, en trois ou quatre prises.

En résumé, dans le traitement de la fièvre intermittente, on n'obtiendra tous les effets de la quinine que si on prend pour points de départ ces deux faits bien établis : rapidité d'élimination du médicament; intervalle de temps constant, mais variable d'un type à l'autre entre le début apparent de l'accès et son début réel.

Voyons maintenant quel est l'état actuel de nos connaissances au sujet de la microbiologie du sang dans l'impaludisme. Une première question qui ne donne plus lieu à aucune contestation est celle-ci : l'impadulisme est-il vraiment de la classe des maladies infectieuses ? Depuis longtemps la majorité des auteurs répondent affirmativement, et ceux qui contestaient encore ce caractère infectieux ne formulaient qu'une objection, mais on ne pouvait en méconnaître l'importance : la maladie, disaient-ils, n'est pas transmissible de l'homme à l'homme, elle n'est donc pas infectieuse. Cette objection n'existe plus : car à défaut de transmission spontanée, la transmission expérimentale est démontrée. En 1884, Gerhardt a fait à deux individus une injection sous-cutanée de sang pris à un malarique au moment de l'accès : tous deux ont eu des accès de fièvre, qui ont paru chez l'un au

de Saint-Côme demanda le secours de l'Université et de l'École de médecine; dans une supplique, elle consentait à regarder ses membres et ses disciples comme leurs élèves, pourvu qu'on l'aidât pour repousser les abus des barbiers et des empiriques. Une longue trêve suivit et le Collège de Saint-Côme, tout en ayant fait acte de soumission, maintenait son indépendance, sous la protection des chirurgiens des rois.

La barberie continuait sourdement à étendre son domaine; les hostilités reparurent. En 1436, les chirurgiens de robe longue réclament de nouveau les bons offices de l'Université et de l'Ecole; ils demandent à être écoliers de l'Université, avec la plénitude des privilèges attachés à ce titre. Leur requête fut agréée, mais on leur retira le droit de pouvoir conférer des grades autres que bachelier et licencié. On ne les traita plus comme corporation, ils furent contraints à suivre les leçons des maîtres-régents de la Faculté, leur suzeraine. La bonne intelligence parut se rétablir, les chirurgiens acquirent des connaissanees médicales; toutefois, ils continuèrent à donner la maîtrise en chirurgie sans intervention de la Faculté. En 1470, celle-ci ayant introduit deux de ses membres dans un examen de maîtrise, un procès s'ensuivit, et le Collège de Saint-Côme fit reconnaître son privilège. Mais la Faculté tenait à ses prérogatives ; elle contesta aux chirurgiens le droit de prescrire des médicaments internes et des topiques afin de les réduire aux œuvres manuelles. Bientôt après quelques médecins, suscités par elle, commencèrent à faire des leçons d'anatomie en langue vulgaire, pour que les barbiers pussent les suivre. Réclamation en 1491 des chirurgiens de Saint-Côme : les cours furent suspendus. Mais, trois ans plus tard, la Faculté décida qu'un de ses maîtres lirait aux

septième jour après l'injection, chez l'autre au douzième jour; d'abord irréguliers, ces accès sont devenus périodiques comme ceux du malade lui-même; ils ont été traités par la quinine avec un succès rapide. La même année, Mariotti et Carrocchi ont opéré de la même façon sur quatre individus : ils ont obtenu des résultats semblables; de plus, ils ont pu constater que le procédé expérimental employé avait une grande influence sur la réussite, car ils ont échoué avec les injections sous-cutanées, tandis que les injections intra-veineuses leur ont donné des succès constants; comme le premier expérimentateur, ils ont constaté la tuméfaction de la rate et l'heureuse influence de la médication quinique. En 1885, Celli a fait les mêmes observations. De là il résulte que l'impaludisme ne présente sous ce rapport aucune différence avec les autres maladies infectieuses, et de plus que le sang d'un individu malarique contient des éléments pathogènes.

A la suite d'observations faites dans la période de 1879 à 1881, Klebs et T. Crudelli ont annoncé que ces éléments appartenaient à la classe des bactéries; ils ont décrit, sous le nom de *bacillus malariæ*, un microbe allongé, qui serait propre à l'impaludisme, et qui établirait une analogie parfaite entre celui-ci et les autres maladies infectieuses. Peu de temps après (1880-1882) Laveran entreprenait à Alger une série de recherches sur le même sujet : lui aussi trouvait et décrivait des éléments pathogènes; mais d'après sa description même, ce ne sont pas des microbes qu'il a vus, ce sont de simples germes. Cette assertion inattendue était bien propre à susciter une vive défiance, et c'est ce qui est arrivé : de son côté cependant se trouvait la vérité, comme l'ont prouvé les travaux confirmatifs qui ont ultérieurement paru en France et à l'étranger dans ces cinq dernières années, de sorte que le bacillus malariæ de Klebs ne doit plus être considéré comme le germe de la malaria; il existe sans aucun doute, mais il n'a pas l'importance qu'on lui donnait, celle-ci revient de droit aux éléments décrits par Laveran.

Comment se présentent ces parasites à l'observateur ? Sous forme de corps circulaires, quelquefois ovalaires, renfermant une quantité plus ou

---

barbiers Guy de Chauliac et autres auteurs en latin, avec explications en français; de plus, un autre maître leur enseignerait l'anatomie sur le corps des suppliciés; l'Ecole, par ces détours, devenait l'institutrice des barbiers. Les chirurgiens protestèrent, les cours furent supprimés, sous la condition que les chirurgiens ne formuleraient plus d'ordonnances, celles-ci n'appartenant qu'aux maîtres de la Faculté.

En 1498, supplique des barbiers pour le rétablissement en leur faveur des cours d'anatomie; en 1499, ils obtiennent l'enseignement chirurgical. Réclamation des chirurgiens, les cours de chirurgie durent être faits en latin, mais avec des explications en français qui les rendaient accessibles aux barbiers. Les chirurgiens se soumirent. La Faculté, fière de ses succès, pensa qu'elle pouvait intervenir dans les actes de maîtrise que le Collège de Saint-Côme conférait aux chirurgiens et aux barbiers; le Collège se défendit vigoureusement. De là une suite de procès avec les barbiers appuyés par la Faculté; les prétentions des chirurgiens étaient justes, la plupart des arrêts furent favorables, mais le courage et les forces s'usaient dans des triomphes toujours contestés et très chèrement achetés. Fatigués de ces discussions, de ces luttes incessantes, les chirurgiens se rendirent au bureau de l'Ecole en demandant la paix. La Faculté les accueillit avec joie; en 1515, elle renouvela les lettres de 1436. Les chirurgiens durent la reconnaître comme leur mère (*alma mater*), se déclarer élèves de l'Ecole, promettant de la reconnaître toujours comme supérieure et maîtresse, et de lui rendre, comme écoliers et comme disciples, les devoirs qui lui étaient dus.

La réunion des deux confréries des barbiers et des chirurgiens eut lieu; rien ne pou-

moins grande de pigment, contenus dans les globules rouges du sang dans la grande majorité des cas, rarement libres, quelquefois assez volumineux pour faire paraître distendu le globule qui les renferme. On les appelle *hémoplasmodies* ou parasites de Laveran. Il y en a deux variétés principales ; les plus nombreux de beaucoup sont des corps circulaires, plus ou moins réguliers, à bords unis, qui se meuvent par mouvements amæboïdes; les autres plasmodies sont pourvues de filaments, non pas ciliaires, comme on l'a dit à tort, mais allongés en forme de mèche de fouet (flagella) à l'aide desquelles elles se meuvent, et qui sont au nombre de trois ou quatre en moyenne. Enfin, il existe un troisième type de ces corps, plus rare que les précédents : appelés, en raison de leur forme, corps en croissant ou en demi-lune, ceux-là sont immobiles, généralement libres; ils représentent probablement une métamorphose des corps des autres variétés. Qu'est-ce donc que ces éléments ? Ce ne sont assurément pas des bactéries, il n'y a pas de doute à cet égard. Les uns pensent que ce sont des champignons, non pas même des champignons schizomycètes, mais simplement, d'après Golgi, des myxomycètes. Les autres, et Laveran est du nombre, leur reconnaissent une nature animale, et c'est pour rappeler celle-ci qu'on a proposé de les nommer *hémomonades*. Quoi qu'il en soit, le sang qui les contient n'est pas susceptible de culture, quelles que soient les précautions prises : jusqu'ici du moins, on n'a pas pu cultiver ces parasites.

Au début des observations, on les a considérés comme d'une extrême rareté : certes ils ne sont pas faciles à voir, mais ils ne sont pas cependant aussi rares dans le sang qu'on l'a dit, à l'exception pourtant des hémoplasmodies flagellaires qui, tout en ayant été vues par tous les observateurs, sont certainement bien moins communes que les corps circulaires réguliers. Y a-t-il un rapport entre la forme des éléments trouvés dans le sang et le type de la fièvre observée ? Oui, à ce qu'il semble : les hémoplasmodies paraissent être l'apanage des fièvres intermittentes récentes, ou des fièvres qui, bien qu'elles soient déjà anciennes, ont conservé une certaine régularité ; au début, on ne les voit que pendant le frisson, et elles sont presque

vait être plus agréable à la Faculté que de voir les chirurgiens de robe longue s'abaisser au niveau des barbiers et tomber plus immédiatement encore sous son autorité. Le Parlement confirma l'union le 7 février 1660 (*Commentaires de la Faculté*, XIVe vol., p. 492). Cette assimilation malheureuse faisait perdre à la chirurgie une grande partie de la considération qu'elle avait pu acquérir.

Sous la Faculté triomphante il y eut enfin des chirurgiens-barbiers, des chirurgiens, des médecins qui pouvaient exercer la médecine dans toutes ses parties. Les chirurgiens avaient néanmoins la suprématie sur les chirurgiens-barbiers. Dans ces interminables contestations et procédures, les chirurgiens de Saint-Côme et la Faculté, opposés par des intérêts contraires, déployèrent toutes les ressources d'une diplomatie tortueuse avec de déplorables intrigues. Les médecins remportèrent la victoire, mais ce fut pour séparer plus profondément la médecine de la chirurgie, qui, de plus en plus opprimée, ne pouvait que s'abaisssr et rétrograder. Lorsqu'un chirurgien opérait un malade, il devait être assisté d'un médecin dirigeant le traitement; le chirurgien levait plus lard l'appareil et pansait la plaie, il n'avait pas le choix de l'onguent ou de l'emplâtre.

Le relèvement de la chirurgie arrive enfin au XVIIIe siècle. Déjà Bienaise et Roberdeau avaient par leurs dons rétabli dans les Ecoles des charges de démonstrateurs en anatomie et en chirurgie. De plus, les chirurgiens des maisons royales, tels que Beissier, Clément, Félix, Mareschal, préoccupés des intérêts de la science, en faisaient ressortir les mérites auprès des classes élevées. Inspiré par Félix et par Mareschal, Louis XIV

incolores; plus tard, elles augmentent de volume et se chargent de pigment; quant aux corps en croissant, ils ne se voient que dans la cachexie, ils indiquent une période avancée de l'impaludisme. Enfin, la quinine fait disparaître du sang les hémoplasmodies ordinaires, dépourvues de prolongements, tandis qu'elle ne manifeste aucune action sur les flagellaires, non plus que sur les corps en croissant. P. D.

---

### L'internat des hôpitaux de Paris.

Le *Progrès médical* publie sous ce titre l'article suivant, aux conclusions duquel nous nous associons sans réserve :

A la suite des réclamations qui lui ont été adressées par un certain nombre d'internes titulaires, appuyées par quelques chefs de service, et demandant la *réduction du nombre des places d'internes,* l'Administration a nommé une Commission composée de MM. Hardy, président; Besnier, Brouardel, Grancher, Le Dentu, Millard, commission à laquelle nous avons été adjoint après la première séance. Cette Commission a examiné, entre autres, les points suivants : 1° Suppression des internes dans les quartiers d'hospice de Bicêtre et de la Salpêtrière; — 2° Suppression des internes dans les cliniques médicales et chirurgicales de la Faculté; — 3° Diminution du nombre des internes dans les services de chirurgie; — 4° Suppression d'un interne dans les services hospitaliers qui en possèdent deux.

Sur le premier point, nous avons rappelé que les médecins des quartiers de Bicêtre et de la Salpêtrière étant nommés au concours, faisant de nouveau partie du corps médico-chirurgical des hôpitaux, comme avant 1859, ce n'était pas le moment de leur enlever les internes des hôpitaux et d'introduire à côté de ceux qui resteraient attachés aux services des vieillards des internes recrutés par le concours spécial des Asiles; — que les derniers jurys de ce concours spécial avaient émis au contraire le vœu que les internes aliénistes soient recrutés par le concours général de l'internat des

---

confia, en 1671, dans l'Ecole du Jardin des Plantes, l'anatomie et la médecine opératoire à un chirurgien et non à des médecins qui ne les avaient étudiées que d'une manière superficielle. Dionis, chirurgien de la reine, obtint un grand succès; il communiquait à ses disciples son amour pour la chirurgie. Dezeimeris a insisté avec raison sur le rôle méconnu des anciens chirurgiens des hôpitaux de Paris qui, même au temps d'Ambroise Paré, enseignaient pratiquement, soit en conduisant les élèves au lit des malades, soit en opérant devant eux et cela plusieurs siècles avant l'établissement des cliniques officielles.

Les mémoires du temps rapportent l'opération faite à Louis XIV, pour une fistule anale, le 21 novembre 1687, par son premier chirurgien, Charles-François Félix, fils de François Félix de Tassy. L'opérateur n'avait agi qu'après deux mois d'expériences pour employer l'incision, opération simple, réputée nouvelle, mais déjà pratiquée et familière aux chirurgiens de l'antiquité, ce qui vous montre combien l'art chirurgical était encore retardataire. A la mort de Félix, Gaorges Mareschal, né à Calais, en 1658, eut la charge de premier chirurgien du roi; élève de Morel et de Roger, chirurgiens de l'hôpital de la Charité, il prit la direction de cet hôpital célèbre peu après sa maîtrise en chirurgie. Deveuu chirurgien de Louis XV, Mareschal fit choix en Lapeyronie d'un successeur insigne.

Je tiens à insister sur ce dernier, sur Lapeyronie, né à Montpellier le 15 janvier 1678, où son père exerçait la chirurgie, où il étudia et fut reçu maître à 19 ans avec une dispense d'âge. Chirac conseilla de l'envoyer à Paris : là, il devint l'élève et le commensal

hôpitaux; — qu'en général, depuis huit ou dix ans, les internes titulaires et les internes provisoires étaient restés pendant toute leur année dans les services consacrés aux aliénés, choisis par eux. Ces considérations ont amené la Commission à déclarer que, en ce qui concerne les quartiers d'aliénés de Bicêtre et de la Salpêtrière, il y avait lieu de maintenir le *statu quo*.

Sur le second point, M. Brouardel a dit que les professeurs de cliniques de la Faculté étaient unanimes à réclamer très énergiquement le maintien de leurs internes. La Commission n'a pu que s'incliner devant une réclamation aussi formelle.

Sur le troisième point relatif à la diminution des internes dans les services de chirurgie, il a été reconnu qu'il n'y avait pas de diminution à opérer, en raison des exigences de la chirurgie moderne.

Enfin, sur le dernier point, la Commission a pensé qu'il serait possible de remplacer par un interne provisoire l'un des deux internes titulaires des services de médecine.

Que doit faire l'Administration en présence de ces résolutions? Ne considérant que les besoins des services et le bien des malades, elle doit prendre les mesures nécessaires pour que, le 1er février, *tous les services hospitaliers,* SANS EXCEPTION, *soient pourvus de leur personnel d'internes titulaires et d'internes provisoires.* Elle doit, en conséquence, modifier le chiffre qu'elle a primitivement fixé et se renseigner exactement sur les démissions ou sur les décès d'internes survenus depuis l'ouverture du concours, sinon elle s'exposera à de justes réclamations qu'elle n'a nul intérêt à provoquer.

## REVUE DES JOURNAUX

**Action physiologique de la strophantine.** (*Central. f. d. med. Wiss.*, 2 juin 1888, et *Journal de méd. de Bruxelles.*) — Les expériences ont été faites sur des chiens curarisés avec la préparation de Merck. Voici les résultats obtenus :

---

de Mareschal. De retour à Montpellier, sa réputation grandit; il fut professeur public aux écoles de médecine, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Saint-Eloy, puis chirurgien-major de l'armée des Cévennes. Le duc de Chaulnes se trouvant atteint d'une fistule regardée comme incurable, Chirac fit appeler Lapeyronie qui guérit le malade, et qui fut retenu à Paris par ses protecteurs. Agrégé au Collège de Saint-Côme, Lapeyronie fut quelque temps après nommé chirurgien de la Charité, puis à la fois démonstrateur au collège des chirurgiens et au Jardin du Roi. Mareschal et Lapeyronie ne cessèrent d'appeler l'attention de Louis XV sur la chirurgie et obtinrent des faveurs exceptionnelles; cinq places de démonstrateurs furent créées dans l'Ecole de Saint-Côme pour l'enseignement anatomo-chirurgical par lettres patentes de septembre 1724. Ces mesures soulevèrent des orages; la Faculté protesta, mais sans succès, qu'elle avait seule le droit d'enseigner les diverses branches de l'art. Lapeyronie fit nommer à ses frais un sixième démonstrateur, faisant annuellement deux cours, l'un pour les chirurgiens, l'autre pour les sages-femmes. Le nombre des professeurs fut bientôt porté à douze par l'adjonction de six adjoints et Lapeyronie paya leur traitement; il arrivait ainsi à réaliser le vœu poursuivi par la confrérie de Saint-Côme, en établissant une véritable Ecole, une Faculté de chirurgie pourvue d'un nombreux personnel d'élite et dont il partageait presque les frais avec l'Etat.

Ce qu'il avait fait pour Paris, Lapeyronie l'obtint pour Montpellier, et cette création ne coûta rien au pays, car le généreux chirurgien fit construire les locaux destinés à l'en-

1° La pression artérielle augmente. Cette augmentation est due principalement à une modification du travail cardiaque. En effet :

2° Cette élévation de pression se manifeste même après section préalable des deux nerfs splanchniques ou de la moelle à la hauteur de la première vertèbre cervicale.

3° Elle n'est pas due à l'action des vaso-constricteurs, puisqu'une anse intestinale mise à nu se congestionne au lieu de pâlir;

4° La manière dont se comporte la pression veineuse vient même confirmer cette opinion. Cette pression, en effet, ou bien augmente très légèrement, ou bien ne se modifie pas, ou bien diminue immédiatement;

5° La pression dans l'artère pulmonaire s'élève incomparablement moins que dans l'aorte. Le rapport entre la pression aortique et la pression de l'artère pulmonaire est donc modifié en faveur de l'aorte;

6° L'excitabilité des fibres modératrices du pneumogastrique disparaît dans le cours de l'intoxication. L'excitation du pneumogastrique à un moment donné ne produit aucun ralentissement du pouls; il se manifeste une diminution sensible de la pression artérielle;

7° L'excitabilité des nerfs accélérateurs reste intacte pendant l'intoxication. — P. N.

**Note sur trois cas d'anurie d'origine néphrétique**, par le docteur A. Bayet. (*La Clinique*, 1888, 43.) — L'auteur insiste sur l'étude des cylindres qui peut permettre de juger ce qui se passe dans la profondeur du rein. Pendant l'évolution du mal, ils sont hyalins et granulo-graisseux; puis, quelques jours avant l'anurie, apparaît souvent un peu d'hématine et dans le dépôt des cylindres épithéliaux volumineux en dégénérescence granulo-graisseuse prononcée, et enfin, comme forme ultime, des cylindres cireux, larges, très longs, en quantités énormes.

Il peut se former ainsi un obstacle à l'excrétion, apparaissant brusquement, et siégeant dans les parties terminales des tubes rénaux. — P. C.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Le traitement des salpingites.

M. Monod rappelle que M. Macario (de Nice) a adressé une observation de règles per-

---

seignement et aux travaux pratiques, et de même pourvut de sa bourse aux honoraires des huit professeurs titulaires ou adjoints.

François de la Peyronie, qui avait été anobli en 1721, mourut à Versailles le 25 avril 1747 et, dans un testament admirable, le bienfaiteur prévoyant donnait aux établissements qu'il avait fondés sa fortune entière. Il laissa des sommes pour les amphithéâtres à construire, pour faire face à un enseignement complet, créer une bibliothèque, sans oublier les hôpitaux. Personne avant lui n'avait fait autant et aussi bien.

(*A suivre.*) Profr Laboulbène.

POMMADE CONTRE L'ACNÉ DU DOS. — E. Besnier.

| | |
|---|---|
| Acide salicylique | 1 gramme |
| Savon noir | àà 25 grammes |
| Axonge | |

Mêlez. — Pour combattre l'acné du dos, qu'on observe si fréquemment chez les jeunes gens, on pratique, chaque soir, des frictions prolongées avec cette pommade; et quand la peau est suffisamment irritée, on administre des douches de vapeur et des douches sulfureuses. — N. G.

sistantes après l'enlèvement complet des ovaires. Ce fait est à rapprocher de ceux que MM. Terrillon et Quénu ont communiqués dans les dernières séances. La malade de M. Macario a eu ses règles pendant plusieurs mois; actuellement elle a atteint l'âge de 41 ans, et l'écoulement a cessé probablement par suite du début de la ménopause.

— M. Lucas-Championnière désire revenir sur deux points de la question du traitement des salpingites : l'anatomie pathologique et le manuel opératoire.

Il regarde comme insuffisants les arguments qui ont été mis en avant pour combattre sa théorie de propagation par les lymphatiques; on n'a guère émis que des hypothèses sans preuves.

M. Terrillon a dit que dans la plupart des opérations qu'il avait pratiquées il avait constaté des lésions étendues à la totalité de la muqueuse de la trompe. M. Lucas-Championnière a plutôt constaté le fait contraire; quand il y a une inflammation de la muqueuse, la partie de cette membrane qui se joint à l'utérus reste intacte. Ceci se voit toujours quand la maladie est récente; les lésions ne se rencontrent alors que dans le tiers ou les deux tiers externes. Il est donc impossible de regarder comme juste et confirmée par les faits la théorie de la propagation par la muqueuse.

Bien au contraire, celle qui se fait par les lymphatiques est indiscutable. M. Quénu a dit que la disposition des vaisseaux n'est pas en rapport avec la marche de l'inflammation. Les études anatomiques de M. Lucas-Championnière lui ont démontré que les lymphatiques du col et du corps de l'utérus sont en rapport direct avec la trompe et l'ovaire; l'opinion de M. Quénu est donc fantaisiste.

On peut se convaincre de l'erreur qu'il commet en examinant les organes après l'accouchement ou l'avortement. Les lymphatiques sont alors relativement volumineux et apparaissent en grand nombre. On les voit allant de l'utérus aux trompes et aux ovaires, et cela permet de penser que leur inflammation est primitive et se propage ensuite aux organes. Les descriptions des classiques ne sont pas les mêmes, mais on doit les considérer comme inexactes et la seule vraie pathogénie des salpingites est celle qui admet la propagation par les lymphatiques.

Si maintenant on passe à l'intervention chirurgicale, pourquoi cette théorie serait-elle, comme l'a dit M. Terrillon, néfaste et dangereuse? Quand les lésions le commandent, il faut intervenir et non pas partiellement en ponctionnant la trompe dilatée, par exemple, mais énergiquement par l'ablation totale des parties malades. Le drain n'est pas très utile quand les dangers de septicémie ne sont pas menaçants; il est, au contraire, très indiqué de brûler au thermo-cautère le bout utérin.

Le chloroforme est rarement nécessaire pour le diagnostic, et il est secondaire de chercher à reconnaître exactement les différentes lésions que l'on peut rencontrer. Le point important est de décider si l'on doit ou non intervenir; le symptôme douleur est alors suffisant pour guider la détermination du chirurgien.

La persistance des règles après l'enlèvement complet des ovaires est absolument impossible. Dans le cas où elles reparaissent, c'est qu'il est resté quelque débris de l'organe; cela n'a rien d'étonnant, car, pièces en main, il est souvent fort difficile de pouvoir affirmer que l'on a tout enlevé.

— M. Le Dentu vient d'opérer une femme pour des accidents de salpingo-ovarite douloureuse ayant débuté vingt ans auparavant à la suite d'une couche. On se décida à pratiquer la laparotomie surtout à cause des souffrances de la malade et on trouva les trompes indurées et adhérentes surtout à droite. Sur les pièces, il est impossible de retrouver les ovaires. Après avoir présenté quelques phénomènes de péritonite l'opérée est actuellement en bonne voie de guérison.

Chez une autre malade, chez qui les douleurs étaient encore le principal symptôme, l'extirpation des annexes fut faite en deux séances.

Une première fois, il y a dix-huit mois, M. Le Dentu a enlevé l'ovaire et la trompe du côté droit et a eu de grandes difficultés à cause des adhérences. Cinq mois plus tard, l'amélioration n'étant pas suffisante, on dut faire une deuxième laparotomie et opérer le côté gauche où on trouva les mêmes lésions. La guérison fut complète.

M. Trélat insiste sur ce point qu'il ne faut opérer ni trop tôt, ni trop tard. Quelques malades peuvent être traitées avec succès sans que l'on soit obligé d'avoir recours à la laparotomie. Il lui semble, d'autre part, qu'en opérant, comme M. Le Dentu, bien des années après le début du mal, on intervient bien tardivement.

Il faut agir au moment où se font les poussées inflammatoires aiguës et non pas quand il n'y a plus que des reliquats d'inflammations antérieures ou que la malade touche à la ménopause.

M. Trélat croit que, en dehors des cas urgents, il faut déterminer avec le plus grand soin l'époque la plus favorable pour l'opération, qui sera d'autant plus utile que les accès douloureux seront plus intenses. Il sera plus facile, si l'on intervient de bonne heure, de faire une ablation bien complète.

M. Le Dentu partage complètement l'opinion de M. Trélat. Le degré de résistance des adhérences a une grande importance. Malheureusement, on ne peut guère le reconnaître. Il regarde l'intervention comme légitime quand la maladie a duré plus d'un an avec des accidents. Peut-être même pourrait-on agir plus tôt.

— Sont élus correspondants nationaux :

MM. Auffret (de Brest); Charvot (de Tunis); Defontaine (du Creuzot); Dubar (de Lille); Hache (de Beyrouth); Nepveu (de Limoges); Ovion (de Boulogne-sur-Mer); Tripier (de Lyon).

Sont élus correspondants étrangers : MM. Assaky; Schenn.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Conséquences d'une opinion sur la vaccination. — Le journal *Nédiélia* qui se publie à Saint-Pétersbourg rapporte le fait suivant :

Un jeune médecin établi dans un des districts du gouvernement de Kostroma, fut amené, paraît-il, par ses études, à devenir un adversaire de la vaccination. Comme dans ce pays il y a beaucoup de *starovières* (anciens croyants), secte religieuse hostile à la vaccination, cette dernière fut rapidement délaissée.

Or, au commencement de cette année, une troupe de bohémiens importa avec elle la variole dans le district. La maladie fit immédiatement des progrès immenses. Le nombre des décès serait déjà, d'après les renseignements officiels, de 1,700; mais, en réalité, il doit être bien supérieur. Il y a des villages où l'on compte 11 à 16 maisons dans lesquelles tous les enfants sont morts. Dans une commune, sur 2,370 enfants au-dessous de quinze ans, 1,095 ont été atteints de variole. (*Bull. méd.*).

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1888-1889 sera ouvert le mercredi 9 janvier 1889. Il sera clos le samedi 26 janvier à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 9, jeudi 10, vendredi 11, samedi 12, mercredi 16 et jeudi 17 janvier ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 janvier.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés : l'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et approuvés par le conseil de la Faculté.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscriptions chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, 2e, 3e années d'officiat (soumises au stage), ne seront distribués qu'à partir du jeudi 17 janvier.

*Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux.* — MM. les étudiants internes et externes des hôpitaux devront joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le 1er trimestre 1888-1889. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel ils sont attachés.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— Par décision ministérielle, en date du 28 décembre 1888, les officiers du corps de santé militaire, dont les noms suivent, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins de première classe Viry, pour l'emploi de sous-directeur de l'Ecole du service de santé militaire de Lyon ; — Martino, pour l'emploi de major à la même Ecole. — Barthé, pour l'emploi de médecin-chef de l'hospice d'Ajaccio.

M. le médecin-major de deuxième classe Schneider, pour être attaché à la 7e direction, au ministère de la Guerre.

MM. les médecins aides-majors de première classe Debrie, Nicolas et Lapasset, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole du service de santé militaire de Lyon ; — Pascaud, pour le 101e d'infanterie ; — Pellier, pour le 22e d'artillerie.

— Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1888, ont été nommés près l'Ecole du Val-de-Grâce :

Professeur agrégé de chirurgie d'armée (blessures de guerre), M. le médecin-major de première classe Moty.

Professeur agrégé des maladies et épidémies, M. le médecin-major de deuxième classe Antony.

Professeur agrégé d'hygiène et de médecine légale militaire, M. le médecin-major de deuxième classe Burlureaux.

— Il est question de donner aux élèves du service de santé militaire, comme grande tenue, une tunique à deux rangées de boutons, avec le col rouge orné du caducée d'or, les brides d'épaule, le claque et l'épée des élèves de l'Ecole polytechnique. La petite tenue consisterait en une vareuse et képi avec le galon-lézard.

Le budget de l'Assistance publique. — Le budget spécial de l'Assistance publique a été rapporté par M. Chautemps. Il a développé les considérations générales contenues dans son rapport et exposé le programme des grands travaux à accomplir par ordre d'urgence, création d'hôpitaux suburbains d'isolement, d'un hôpital de teigneux à Créteil, de nouveaux hospices, etc. Il a constaté l'encombrement croissant des hôpitaux de Paris, par suite du séjour prolongé d'un grand nombre de chroniques, d'infirmes et de vieillards et dit que la solution qui s'impose est le transfert de ces chroniques et de ces vieillards dans les hôpitaux et hospices extérieurs.

Ces créations augmenteront encore le chiffre de la subvention municipale qui de 4 millions 963,505 fr. 37 qu'elle était en 1840 a été de 17 millions 924,700 francs en 1888.

Le docteur Desprès s'élève contre certaines augmentations de dépenses qu'il attribue à une mauvaise gestion administrative et à la substitution du personnel laïque au personnel congréganiste. Comme conclusion, il préconise la substitution des religieuses aux laïques. Les conseillers municipaux, à part ceux de la droite, sont plutôt disposés à repousser qu'à accepter cette proposition.

M. Chautemps, répondant à M. Georges Berry, déclare que plus de 1,400 lits ont été créés et que, conformément au désir du Conseil, l'Assistance à domicile a été largement développée.

Après un discours de M. le directeur de l'Assistance publique, le Conseil passe à la discussion des articles du budget de l'Assistance publique qui est réglé, en recettes et en dépenses, à la somme de de 41,277,600 francs.

Hygiène et chauffage des voitures publiques a Paris. — M. Armand Gautier, dans un rapport adressé en 1882 au Conseil d'hygiène, avait démontré les dangers du chauffage au charbon de Paris, des voitures publiques. Outre deux cas de morts constatés cette même année, le nombre des accidents occasionnés par l'oxyde de carbone, a été relativement élevé, et n'a cessé d'augmenter tous les ans. Nous trouvons, pour l'hiver 1888, deux morts et quelques accidents. Parmi les victimes se trouve le cocher Jean Hiver, nom prédestiné, mort le 17 janvier 1888 dans sa voiture en station dans la cour de la gare Saint-Lazare.

Nous extrayons d'un nouveau rapport de M. A. Gautier, adressé au préfet de police, le 13 octobre 1885, les passages suivants :

« Lorsque par les basses températures de l'hiver, le voyageur, pour se défendre du froid, ferme les portières d'une voiture où brûle une de ces chaufferettes (à charbon de Paris), il se met insciemment dans des conditions d'intoxication très dangereuses. On sait, en effet, que l'oxyde de carbone est un déglobulisant des plus énergiques et qu'il s'oppose à l'hématose non seulement durant l'intoxication, mais longtemps après. Si ce n'est pas un voyageur, mais une famille de deux ou trois personnes qui s'introduit dans cette voiture, le danger devient plus grand encore, vu la densité plus grande de l'oxyde de carbone... »

M. Gautier expose ensuite quelques cas d'intoxication de voyageurs parmi lesquels il cite celui d'un des membres les plus distingués de l'Académie de médecine.

Quel est le remède à apporter? M. le préfet de police ne pouvait prendre un arrêté interdisant le chauffage des voitures publiques par les briquettes de charbon de Paris. Il se borna à notifier au président de la Chambre syndicale des loueurs et aux différentes compagnies d'éviter ce mode chauffage, qui, en cas d'accident, les exposeraient à des poursuites pour homicide ou blessures par imprudence. Il est évident que le chauffage des voitures doit être transformé; le système des bouillottes, très sain, est insuffisant, vu qu'elles ne peuvent se tenir chaudes constamment; le système des chaufferettes à charbon de Paris est bon lorsqu'il y a une évacuation directe à l'extérieur des gaz de la combustion; — dans le cas contraire, il est dangereux si les véhicules ferment hermétiquement. Il n'y en a pas beaucoup, mais enfin on en trouve et c'est dans ceux-là qu'arrivent les accidents. Plusieurs systèmes ont été proposés; chauffage extérieur, sous le plancher de la voiture, bouillottes d'acétate de soude, etc., etc.

Il serait, nous le croyons, facile d'obtenir de la Chambre syndicale des loueurs et des différentes compagnies d'améliorer le chauffage des voitures, qui, en somme, ne serait pas plus coûteux et donnerait satisfaction au Conseil d'hygiène et garantie aux voyageurs imprudents, mais frileux, qui pourraient en toute sécurité se casemater dans les voitures publiques. — A. Rousselet. (*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Estorc (de Bédarieux), Saint-Vel, Fleurot, Forestier (de Paris), Marié (de Callas-du-Var), Mestivier (de Saint-Gaultier).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



## Sur une forme suppurative du lupus tuberculeux (1),

Par le docteur H. HALLOPEAU et M.-L. WICKHAM.

Si l'on considère les diverses formes de tuberculose cutanée dans leurs rapports avec la pyogénie, on reconnaît qu'elles se comportent très différemment. Tandis, en effet, que la suppuration est la terminaison régulière des gommes dermiques et sous-dermiques, les nodules lupiques ne subissent pas en général cette évolution. Ils ne suppurent guère que secondairement, lorsqu'ils se sont ulcérés ou lorsqu'ils sont modifiés par des topiques irritants.

Un fait que nous observons en ce moment dans notre service à l'hôpital Saint-Louis montre que cette règle n'est pas sans exception. Le nommé Gl..., âgé de 38 ans, couché au n° 85 de notre salle Bazin, porte en effet simultanément des nodules tuberculeux et de nombreuses tumeurs gommeuses cutanées et sous-cutanées, les uns et les autres en voie de suppuration. Il en résulte un type morbide tout spécial. Nous nous proposons d'en faire ressortir les *caractères cliniques*, de montrer les difficultés qu'en présente le *diagnostic* et de *rechercher comment on peut s'expliquer le mode*

(1) Communication au Congrès pour l'étude de la tuberculose.

# FEUILLETON

### L'HYPNOTISME DANS LE ROMAN D'AUJOURD'HUI.

I. *Cruelle Enigme (Bourget), le roman d'une femme (Dumas fils).*
II. *Jean Mornas, Alphonsine, le garde du corps, la Tresse blonde*, etc.

I. Chiromanciens, nécromanciens, diseurs de bonne aventure, magnétiseurs, charlatans de toute espèce, étaient les personnages pour ainsi dire indispensables des romans qui délectaient nos pères. Devins de toute sorte, aujourd'hui disparus sous le souffle du scepticisme mondain, prenaient à l'action une part importante et, de leurs prédictions, surgissaient les effets les plus émouvants et les plus tragiques.

Que de faits ayant trait à l'hypnotisme, on découvrirait à l'examen des procédés de divination mis en œuvre par ces auteurs ! Que de scènes intéressantes fournirait par exemple ce fameux Joseph Balsamo (de Dumas) (1), un véritable hypnotiseur celui-là, provoquant le sommeil chez ses patientes par la fixation des yeux sur une carafe d'eau placée entre elles et la lumière, fatiguant leur rétine par l'action soutenue des vibrations

(1) Il est bon de faire remarquer ici que les premiers romans de Dumas paraissaient en même temps que les travaux de Braid (1841).

*de production de cette suppuration, ainsi que celui des lésions tuberculeuses considérées d'une manière générale.*

L'aspect du malade est frappant : les téguments de la face, dans la plus grande partie de leur étendue, sont rouges et épaissis; on y voit de nombreux nodules qui, pour la plupart, présentent à leur partie centrale un point jaunâtre correspondant à une pustule et des saillies plus volumineuses, rondes, ovales ou allongées, fluctuantes, qui constituent des gommes cutanées ou sous-cutanées; plusieurs d'entre elles, ouvertes spontanément ou artificiellement, donnent issue à un liquide tantôt puriforme, tantôt citrin, chargé de grumeaux, filant et de consistance gommeuse. Leur volume atteint par place celui d'une petite noix. Chacune des paupières supérieures renferme une de ces tumeurs; il en résulte qu'elles tombent sur les yeux et que le malade, pour regarder devant lui, doit renverser la tête en arrière.

On trouve tous les intermédiaires entre ces tumeurs volumineuses et les petits nodules. Ceux-ci sont d'un rouge vif, d'une consistance molle, arrondis, peu saillants, si ce n'est sur le bord et la face externe des narines; il n'y a pas de distinction possible entre ceux qui sont suppurés et qui pourraient être considérés comme des gommes miliaires et ceux qui, non suppurés, ont tous les caractères de tubercules lupiques. Les lésions ne sont pas limitées au tégument externe : la muqueuse nasale, couverte de croûtes, donne lieu depuis plus d'un an à un écoulement puriforme; les muqueuses des lèvres, des gencives et surtout des joues sont parsemées de nodosités dont plusieurs sont jaunâtres à leur sommet et donnent issue, quand on les pique, à un liquide purulent; deux abcès plus volumineux se sont ouverts antérieurement dans la cavité buccale. En examinant le fond de la gorge, on voit sur les muqueuses qui recouvrent les piliers et la paroi postérieure du pharynx des dépressions et des brides cicatricielles; la luette a en partie disparu.

Les ganglions du cou, tuméfiés, forment sous le menton une sorte de collier. Il n'y a pas de signes de tuberculose pulmonaire.

---

lumineuses sorties du cristal, et leur suggérant, en quelques phrases brèves, les scènes qu'elles devaient voir se dérouler dans la limpidité du liquide.

Nous aurons du reste à revenir sur ces entraînants récits de Dumas que je viens de relire et qui m'ont aussi facilement enlevé à la minute présente et transporté loin du réel, qu'il y a 18 ans bientôt, alors que je les dévorais sous l'œil gêneur du pion.

Ce n'est cependant pas cet hypnotisme voilé de poésie et d'imagination, cet hypnotisme merveilleux des romans anciens que je veux étudier ici : je veux parler seulement de l'hypnotisme scientifique dans le roman d'aujourd'hui. Mon objet est d'examiner surtout comment ont été présentés et utilisés, dans la littérature, les phénomènes psychiques scientifiquement observés, depuis quelque temps à peine, par les Charcot, les Luys, les Bernheim, etc., et de rechercher quel parti en ont tiré les romanciers au point de vue des effets d'intérêt et d'émotion à produire. La mine nouvelle, ouverte par les progrès de l'observation cérébrale, est-elle plus riche que la mine ancienne ? Nous ne le croyons pas.

Lorsque je fis part à l'un de nos plus savants maîtres de mon intention de m'occuper de l'hypnotisme dans le roman : « N'oubliez pas, me répondit-il, *Cruelle Enigme* de Bour-« get. Il y a là une étude exquise de somnambulisme lucide chez une hystérique qui « concorde avec sept observations similaires que j'ai dans mes notes.

« Le cas de cette malheureuse est de s'être livrée à un autre que l'amant qu'elle adore, « inconsciemment, sans le vouloir, malgré elle ; de là son remords d'un acte qui lui « répugne ; de là les pourquoi ? pourquoi ? qu'on trouve à la fin de plusieurs chapitres.

Le caractère dominant des lésions lupiques et gommeuses que nous venons de signaler à la face et sur la muqueuse buccale de notre malade est la tendance à la suppuration : leur histoire montre qu'il en a toujours été ainsi depuis le début de l'affection. On peut la faire remonter à une tumeur qui s'est manifestée il y a six ans au côté gauche du cou et s'est abcédée; mais ce n'est que depuis trois ans que le mal est devenu persistant dans des circonstances qui méritent d'être précisées et qui ont contribué à obscurcir singulièrement le diagnostic.

En 1883, le malade, qui est maréchal ferrant et est appelé par cette profession à soigner des chevaux, est mordu au menton par l'un de ces animaux; dix-huit mois plus tard, il survient dans la cicatrice une tumeur qui grossit lentement, atteint les dimensions d'un œuf de poule, s'ouvre au bout de quatre mois et met un an à se cicatriser; concurremment, une tumeur semblable se développe sous l'angle droit du maxillaire inférieur, et bientôt les nodules lupiques commencent à se montrer à la lèvre supérieure pour s'étendre ensuite progressivement aux parties que nous avons indiquées, c'est-à-dire à presque toute la face, comme on peut le constater sur le beau moulage qu'en a fait notre éminent artiste M. Baretta. (Numéro 1350 du musée de l'hôpital Saint-Louis.)

Les gommes suppurées se sont multipliées dans ces derniers temps; on les trouve disséminées dans toutes les parties de la plaque lupique et à sa périphérie.

Considérées dans leur ensemble, ces lésions présentent un aspect assez insolite pour que nous ayons dû hésiter à les rattacher tout d'abord à la tuberculose. La profession du sujet, ses rapports incessants avec des chevaux malades, la morsure qu'il a subie, le début des lésions actuelles au niveau de la cicatrice qu'elle a laissée nous ont conduits à nous demander s'il ne s'agissait pas d'une forme anormale de farcin chronique; les caractères du pus n'étaient pas en contradiction avec cette hypothèse, mais ils s'accordaient également avec celle d'une tuberculose. Nous avons vu, en effet, qu'il était, dans les abcès profonds, assez clair, filant, gommeux

---

« Dans le monde on cherche le mot de cette énigme.

« Pour nous il est tout trouvé. L'héroïne de Bourget est une morbide et une morbide « inconsciente en état de somnambulisme lucide, etc. »

Je relus donc *Cruelle Enigme* pour en extraire les passages étayant le mieux l'opinion exprimée par l'éminent observateur.

Madame de Sauve est, en effet, suivant Bourget, la fille d'une affolée et d'un libertin. Elle a 25 ans, ses yeux d'un gris brouillé tirant sur le vert sont chargés de paupières un peu lourdes. Sur toute sa beauté brune au teint d'une pâleur ambrée, s'étend comme une suffusion de langueur ». Elle est sujette à certains moments d'absence qui échappent aux personnes qui l'entourent.

Dans un dîner notamment « elle ne prononça pas cinquante paroles, elle semblait être « partie en idée bien loin de cette conversation qu'elle était censée gouverner. Elle avait « ainsi des heures entières où elle s'absorbait en elle-même. La pâleur de son visage « devenait plus chaude ; l'éclat de *ses yeux se retournait en dedans* pour ainsi dire, « ses dents apparaissaient toutes minces et serrées à travers ses lèvres qui s'entr'ou- « vraient... Un physiologiste aurait sans doute attribué ces soudaines torpeurs à des « passages d'émotion nerveuse. N'y avait-il pas là le signe d'un égarement de sensualité « contre laquelle la pauvre créature luttait de toutes ses forces?... »

Pauvre créature en effet ! Un ennui mortel, l'affreux isolement dans le mariage l'avait successivement jetée dans les bras de deux amants qui l'avaient flétrie de l'assouvissement brutal de leurs désirs, de leurs passions d'où le cœur était exclu, où l'égoïsme seul

et granuleux; l'examen histologique y dénotait la présence d'amas de matière amorphe et de noyaux très altérés de globules blancs. Les résultats des recherches bactériologiques pratiquées par l'un de nous au point de vue des bacilles morveux et tuberculeux ont d'abord été complètement négatifs.

Les cultures et les inoculations pouvaient seules juger la question. M. Nocard voulut bien nous prêter le concours de sa grande expérience; à deux reprises, il inocula le liquide extrait d'abcès volumineux à des ânes, des chiens et des cobayes; aucun de ces animaux ne devint morveux et les essais de culture restèrent stériles. Dans notre laboratoire, l'injection dans la patte d'un cobaye d'un demi-centimètre cube de liquide purulent ne donna également aucun résultat au point de vue de la morve.

Il ressortait en toute évidence de ces faits que notre homme n'était pas atteint d'un farcin chronique; l'*expérimentation était venue efficacement en aide à la clinique, à l'Ecole d'Alfort et à l'hôpital Saint-Louis.*

Il ne pouvait s'agir dès lors que d'une forme anormale de tuberculose cutanée : nous en avons eu bientôt la démonstration complète. Après des recherches multiples, l'un de nous a trouvé, dans le pus de l'un des gros abcès examiné par le procédé d'Ehrlich et de Frænkel, des bacilles tuberculeux très nets, nombreux et réunis en foyers; leurs caractères étaient pathognomoniques; ils indiquaient de la manière la plus précise que cet abcès était de nature tuberculeuse et l'on pouvait en conclure qu'il en était de même des lésions concomitantes.

D'autre part, les expériences de M. Nocard, négatives au point de vue de la morve, ne l'ont pas été à celui de la tuberculose.

Un des cobayes inoculés avec le pus de notre malade a été sacrifié; c'est une femelle qui a fait en juin trois petits aujourd'hui très vigoureux; elle était en très bon état; l'inoculation avait été pratiquée sous la peau de la face interne de la cuisse. M. Nocard a constaté à l'autopsie que les ganglions du flanc étaient du volume d'un pois et renfermaient un peu de pus caséeux; il en était de même des ganglions iliaques, et les sous-lombaires,

---

régnait en maître. De ces liaisons elle s'était échappée comme d'un bagne. Enfin un sentiment vrai et pur était venu comme pour laver sa honte. Elle s'était sentie envahie par une passion sincère pour Hubert Liauran, jeune homme à la conscience trop délicate, à l'âme trop sensible, aux sentiments trop élevés, pour ne pas être très malheureux.

Quelle charmante et exquise idylle que le début de cette passion si vive et si chaste de part et d'autre ! Quel amour ensuite de plus en plus ardent !...

Mais quoi ! après huit ou dix mois de ce bonheur sans mélange, M$^{me}$ de Sauve aux bains de mer, séparée depuis quinze jours à peine de son ami, se livre au premier venu qui saisit « la minute où l'on peut oser, celle où la femme, créature en émotions fugitives, « appartient au libertin qui la devine ».

Trois jours, elle est la maîtresse de cet homme : puis elle fuit tout à coup, quitte Trouville pour se réfugier chez une amie, se réveillant comme d'un affreux cauchemar, le cœur ulcéré de remords.

Elle cherche à se ressaisir, à se reprendre « mais quelle monstrueuse énigme se dresse « devant elle ? oh cruelle ! cruelle énigme ! Comment avec cet amour divin dans le cœur « avait-elle pu faire ce qu'elle avait fait ? Car c'était bien elle et non pas une autre, elle « avec ses pieds qu'elle sentait glacés, avec ses mains qui pressaient son front où battait la fièvre, elle avec tout son être physique enfin, qui s'était... oui c'était elle !... et « pourtant non, il n'était pas possible que la maîtresse d'Hubert eût fait cela !... »

Ses remords la poursuivent jusque dans les bras même de l'aimé. Car cette « taciturne » n'est pas la gaie et légère courtisane du monde capable de cet oubli amusé qui

un peu hypertrophiés, renfermaient des granulations tuberculeuses. Traité par la méthode d'Ehrlich, le pus caséeux présentait des bacilles rares, mais très bien colorés et caractéristiques. La coupe d'un ganglion iliaque l'a montré farci de granulations tuberculeuses très pauvres en bacilles.

D'autre part, l'injection de 1 centimètre cube 1/2 de liquide gommeux pratiquée par l'un de nous le 30 juin dans la cavité péritonéale d'un cobaye nous a donné, le 26 juillet, les résultats suivants : tout le feuillet pariétal de la membrane est recouvert de fines granulations transparentes; il en est de même des intestins; on en trouve quelques-unes sur le péritoine qui recouvre les viscères abdominaux; sur une coupe de la rate, examinée par le procédé de la double coloration, nous avons constaté la présence de bacilles caractéristiques. La même expérience répétée chez un autre cobaye nous a donné des résultats analogues.

Il est donc établi, par les examens bactériologiques et les inoculations, que les lésions constatées chez notre malade sont de nature tuberculeuse. La maladie a évolué simultanément dans le derme et dans le tissu sous-dermique. Elle se présente à la fois sous la forme de gommes cutanées et sous-cutanées et sous celle de nodules pour la plupart suppurés; ces derniers peuvent être considérés comme de petites gommes, tandis que les autres ont les caractères de nodules lupiques : ce sont des lésions de même nature. Il nous reste à rechercher quelle peut être la cause prochaine de ces suppurations multiples? Sont-elles provoquées par la pénétration entre les lamelles dissociées de l'épiderme des microbes du pus?

Les recherches pratiquées par l'un de nous ont, comme on pouvait le prévoir, établi qu'il n'en est rien. Le liquide des gommes, étudié sur lamelles par la méthode de Gram, n'a présenté que très rarement des bacilles *et, en aucun cas, des cocci; les cultures sur gélatine et sur agar peptonisé n'ont donné que des résultats négatifs*. Le liquide provenant des nodules était plus purulent que celui des gros abcès; il était cependant mal lié et plus clair que le pus phlegmoneux; on y voyait quelques grumeaux. L'examen bactériologique y a décelé le plus souvent, mais non constamment, la présence

cueille l'heure fugitive du plaisir, sans souci pour son partenaire qui peut en mourir comme dans « *Mensonges* », du même auteur. « Elle pouvait bien commettre des fautes « abominables, mais se les pardonner, comme c'est l'heureuse habitude de la plupart « des femmes de ce genre, elle ne le pouvait pas. »

Quand son amant, averti par une âme charitable, lui demande plein de confiance et d'amour la simple dénégation des bruits, des calomnies qu'il a entendus, elle eût pu facilement mentir ; mais elle voulut tout dire, afin que du moins l'humiliation volontaire de son aveu fût comme un rachat de son infamie.

« Et notre héros de se heurter, lui aussi, après tant d'autres, à cette charade sans mot « qui est l'âme de la femme coupable une fois, coupable deux fois, coupable jusqu'à ses « cheveux blancs et jusqu'à la mort... »

« De quelle chair est donc pétrie cette créature décevante pour qu'avec toutes les « appparences et toutes les réalités du sentiment, on ne pût pas faire plus de fond sur « elle que sur de l'eau »... « Elle vous sourit, elle vous pleure, et déjà elle a remarqué « celui auquel, s'il l'amuse une heure, elle sacrifiera toute votre tendresse, une flamme « aux yeux, la grâce aux lèvres. Ah ! pourquoi ? pourquoi ?... »

Je crois avoir donné une idée suffisante du livre pour permettre à mes confrères de se prononcer sur l'état cérébral de l'héroïne qui, par sa tare héréditaire, par ses absences fréquentes du monde physique, l'éclat de ses *yeux comme retournés en dedans* à certains moments, par certains de ses actes très probablement inconscients, par ses remords surtout, semble en effet différer de ces messalines mondaines dont le signe distinctif est

de cocci isolés ou en chaînettes, nombreux dans la plupart des préparations, mais non dans toutes, et *manquant dans quelques-unes*. Les essais de culture sur gélatine et sur agar ont donné dans 7 foyers de suppuration des colonies de staphylococcus aureus ou albus généralement peu abondantes; *dans* 10 *autres foyers, le milieu est resté stérile*. Enfin, dans le pus retiré des nodules buccaux, les micro-organismes de la suppuration n'ont été trouvés qu'en très petit nombre.

*Ces faits montrent en toute évidence que la formation du pus n'est pas due, chez notre malade, à la présence des microbes dits pyogènes;* ceux-ci n'ont sans doute pénétré dans les foyer que secondairement, et, y trouvant un milieu favorable, s'y sont multipliés. On s'explique ainsi comment le pus des abcès miliaires proéminant à la surface de la peau était plus opaque et plus chargé de microbes que celui des abcès développés dans la profondeur ou au-dessous du derme.

*On ne peut davantage attribuer à l'action directe des bacilles tuberculeux la formation du pus*, car nous n'avons pu les trouver que dans une seule préparation; si donc, comme le prouvent les résultats positifs des inoculations, ils existent dans les foyers, on peut affirmer qu'il y sont très rares; ces résultats n'ont été obtenus qu'avec une quantité relativement énorme de matière (un centimètre cube et demi sur un cobaye).

*Nous sommes conduits ainsi à chercher ailleurs que dans l'action directe des microbes la cause prochaine de la suppuration*, et *à faire intervenir ces agents chimiques, ces leucomaïnes que M. Gautier a fait connaître, et auxquels on assigne à juste titre, sous la féconde impulsion de M. Bouchard, un rôle de plus en plus considérable dans la genèse des lésions et des phénomènes morbides.* Notre observation vient ainsi à l'appui des faits constatés par MM. Grawitz et de Bary; ces auteurs ont, en effet, conclu de leurs expériences que les bactéries ne prennent part au développement de la suppuration que par les produits chimiques qu'elles engendrent; elles se multiplient dans les tissus préparés par une action chimique et y propagent l'inflammation suppurative par la formation de ces leucomaïnes; injectées

---

'oubli si merveilleux et si facile de leur infamie. Peut-être même, comme nous le verrons, *quelques-unes* de ces courtisanes du monde ne sont-elles que des névrosées à un degré plus avancé que les précédentes? Peut-être ne sont-elles que des somnambules inconscientes alors que les premières sont lucides et les unes perdent-elles le souvenir de leurs actes alors que les autres se rappellent et souffrent?

Ce sont là du reste des cas d'une analyse délicate pouvant toujours être niés et méconnus de bonne foi.

(*A suivre.*) Ch. Schmit.

---

Injection contre le mal de mer. — Rebatel.

| | |
|---|---|
| Sulfate d'atropine | 3 milligrammes. |
| Eau distillée | 10 grammes. |

Faites dissoudre. — On pratique une injection sous-cutanée toutes les sept ou huit heures, pour combattre le mal de mer. Ce traitement ne provoque aucun accident, si ce n'est parfois un peu de sécheresse de la gorge. — On peut, si on désire provoquer le sommeil, ajouter de la morphine à la solution, mais en faible quantité, afin de ne pas contrebalancer l'effet de l'atropine. — N. G.

seules, celles-ci suffisent à provoquer la suppuration. On ne peut donc plus dire aujourd'hui qu'*il n'y a pas de pus sans microbes*; déjà ce fait semblait ressortir des observations de M. Straus montrant que le pus des bubons consécutifs au chancre ne renferme généralement pas de micro-organismes et, d'autre part, Rosenbach avait constaté que l'injection, dans le péritoine d'un lapin, de six gouttes d'une solution au centième de nitrate d'argent bien stérilisé y amène presque toujours la suppuration sans microbes.

Si nous considérons dans son ensemble le processus qui aboutit à la suppuration des produits tuberculeux, nous arrivons à le concevoir ainsi qu'il suit : *les bacilles engendrent, aux dépens du milieu organique dans lequel ils se développent, des leucomaïnes qui exercent une action irritante sur les tissus ambiants et peuvent en amener la suppuration.* Cette pyogénie ne s'accomplit en général que dans le tissu sous-dermique, mais notre cas, ainsi que les faits de Riehl et Paltauf, montre qu'elle peut également se produire dans le derme; cependant la rareté du fait montre qu'il faut pour cela une prédisposition particulière, déterminant ce mode de réaction, une idiosyncrasie comparable à celle qui crée, chez certains sujets une intolérance pour tel ou tel poison chimique, tel que l'iode ou le mercure.

Quand l'abcès est superficiel, les microbes du pus y pénètrent secondairement et s'y multiplient.

*Il est très probable que c'est également par l'intermédiaire de leucomaïnes provenant de leur action sur le milieu ambiant que les bacilles de la tuberculose donnent lieu à la production des nodules lupiques et des gommes*, car ils s'y trouvent en trop petit nombre pour que le développement de ces lésions puisse s'expliquer suffisamment par l'irritation qui résulterait de leur présence; il s'agit d'ailleurs de lésions offrant des caractères spécifiques et ce seul fait suffit à exclure l'idée d'une simple irritation. Nous dirons donc que, *si les bacilles sont les agents essentiels de la tuberculose et seuls capables de la transmettre, ils n'en produisent selon toute vraisemblance les lésions qu'indirectement, par l'intermédiaire de substances chimiques résultant de leur mouvement nutritif et de l'action qu'il exerce sur le milieu dans lequel ils se développent.*

---

## CORRESPONDANCE

O..., le 6 novembre 1888.

Monsieur le gérant,

Mme L..., sage-femme à O..., très honorable et très occupée, a sur les bras en ce moment une affaire très délicate pour laquelle elle m'a demandé conseil; mais j'éprouve moi-même le besoin de demander celui de votre comité de rédaction, car le sujet en vaut la peine.

Voici les faits; c'est Mme L... elle-même qui parle :

« Il y a six ans environ, M. X..., très honorable sous tous les rapports, et que je con-
« naissais quelque peu, vint me prier de prendre chez moi, à titre de pensionnaire, et
« pour l'accoucher (moyennant salaire, bien entendu), une jeune fille de 16 ans, alors
« enceinte de quatre mois et dont il me dit être l'oncle et le tuteur.

« Cette jeune personne, orpheline de père et de mère, avait été recueillie chez
« cet oncle, tout enfant, et *plus tard était devenue enceinte du fils de ce dernier*. Dans la
« famille, comme dans le public, personne ne l'ignorait; c'est un fait d'incontestable
« notoriété. Mais M. X... voulait éviter les inconvénients et le scandale d'un accouche-
« ment à domicile, dans sa propre maison; voilà le motif de la démarche qu'il faisait

« auprès de moi pour recevoir sa pupille, *m'assurant bien qu'il prendrait personnellement* « *à sa charge tous les frais de la pension et de l'accouchement, ainsi que le nourrissage et* « *l'entretien de l'enfant*. Encore une fois, je le connaissais assez pour ne pas douter de « sa parole, et je reçus la jeune fille.

« Cinq mois après, celle-ci accouchait d'un garçon que son oncle me pria de déclarer, « à la mairie, fils de père et mère inconnus, en me disant qu'il voulait débarrasser sa « nièce de son enfant, de l'avenir duquel il entendait d'ailleurs se charger.

« Bien que je n'ignorasse pas la responsabilité qui pouvait m'incomber, en cas d'aban- « don ultérieur de l'enfant, je n'hésitai pourtant pas à faire cette déclaration, ayant une « confiance absolue dans les engagements de M. X..., qui se trouvait dans une situation « de fortune très convenable, et dont la famille jouissait dans le pays d'une réelle con- « sidération. *D'autant plus que la femme de M. X... elle-même était venue à plusieurs* « *reprises voir également sa nièce, avant et après l'accouchement, et qu'elle n'ignorait pas* « *les démarches et les engagements de son mari qu'elle me confirmait chaque fois*.

« Après l'accouchement, et lorsqu'elle fut en état de partir, l'oncle vint chercher sa « pupille et la remit jusqu'à sa majorité aux Dames-du-Bon-Pasteur, à Pau. Sa majo- « rité atteinte, la jeune mère quitta le couvent, *et n'eut rien de plus pressé que de venir* « *voir son enfant, se faisant connaître de la nourrice et lui disant même qu'elle ne tarderait* « *pas à le retirer*. Je ne sais si, à cette époque, ou même depuis, les comptes de tutelle « lui ont été rendus. On prétend qu'elle avait à prendre chez son oncle une quinzaine « de mille francs.

« M. X... est mort il y a six mois. Jusqu'il y a un an environ, c'est-à-dire jusqu'à six « mois avant son décès, il avait très exactement tenu tous ses engagements; mais il fut « pris à cette époque d'une maladie grave des voies urinaires qui devait l'emporter, et « pendant les six mois de sa maladie, je ne reçus absolument rien ni pour l'entretien « ni pour le nourrissage de l'enfant. Si je ne réclamais pas, c'était par respect pour la « maladie et, plus tard, pour le premier deuil, ne doutant pas que Mme X..., qui était « au courant de la situation, et que j'avais vue à plusieurs reprises chez moi, soit seule, « soit avec son mari, ne tînt plus tard les engagements de ce dernier, dans le cas où il « viendrait à manquer.

« J'attendais donc toujours, faisant prendre patience à la nourrice; mais, celle-ci ne « voulant pas ou plutôt ne pouvant plus attendre, à cause de son état de dénûment, je « m'adressai alors à Mme X... et à son fils, qui ne m'ont jamais répondu ni directement « ni indirectement. J'ai écrit alors à la mère de l'enfant; encore pas de réponse. « Ce silence a éveillé pour la première fois mes soupçons. J'ai vu qu'on voulait tout « simplement laisser l'enfant à ma charge.

« Sur le conseil d'un homme d'affaires très expérimenté, j'ai fait assigner la famille « de M. X... (femme et fils) devant le juge de paix : personne n'a paru à l'audience; ce « qui n'a pas empêché le juge de paix de me condamner à tous les frais et à la charge « de l'enfant jusqu'à sa majorité.

« Certainement, je n'ai pas de témoins pour déclarer et affirmer que M. X... est venu « me confier sa nièce pour l'accoucher; qu'il a pris des engagements vis-à-vis de moi « pour l'entretien de l'enfant qui devait naître; que sa propre femme est venue elle- « même, et qu'elle sait tout ce qui s'est dit et passé. Mais pourtant tous ces faits sont « certains, indéniables, je dirai même publics, tant ils sont connus, et je me trouve en « présence d'une indignité qu'une famille réputée honorable cherche à commettre contre « moi. Il y a même ce fait particulier qu'un notaire de la ville, sur la demande « de M. X..., en prévision du décès de la jeune fille, était venu chez moi retenir le testa- « ment de celle-ci en faveur de l'enfant. »

Voilà l'affaire sur laquelle j'appelle toute l'attention et tous les soins de votre comité de rédaction. Elle est délicate par plusieurs côtés. Que peut faire Mme L...? Intenter un procès aux héritiers de M. X... ou à la mère de l'enfant? Est-elle liée par le secret professionnel? Et ce secret peut-il aller jusqu'à lui faire accepter et subir la charge indéfinie de cet enfant?

En attendant une réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le Gérant, l'assurance de mes sentiments les plus dévoués.

Dr H. B... »

L'enfant étant « de père et de mère inconnus », la sage-femme n'a aucun recours à exercer contre personne. Ce qu'on appelle « la notoriété publique » n'a aucune valeur dans l'espèce.

Mais il ne s'ensuit pas que Mme L... soit obligée de garder l'enfant dont ces parents indignes se sont débarrassés, et de le nourrir jusqu'à sa majorité.

Quelle a été la sentence du juge de paix? Des renseignements plus explicites nous éclairent sur ce point : l'entretien de l'enfant n'étant plus payé depuis la mort de M. X..., la nourrice a actionné devant le juge de paix Mme L... pour le paiement de ce qui lui était dû. Mme L... a voulu appeler en garantie devant le juge la grand'mère et le père présumé de l'enfant. Personne ne s'est présenté, et Mme L... a été condamnée au paiement des mois échus.

Peut-elle appeller de ce jugement, et, « sans violer le secret professionnel », intenter une action contre les héritiers de M. X... ou la mère de l'enfant?

Selon nous, elle n'a rien à faire dans cette direction. Ce n'est pas là une question de secret professionnel. Mme L... ayant eu l'imprudence de déclarer l'enfant comme « de père et mère inconnus », les héritiers de M. X... et la mère n'existent plus; la sentence du juge de paix est inattaquable.

Mais garder la charge de l'enfant, c'est une autre affaire. Un être insaisissable, une « mère inconnue » n'a pas le pouvoir d'obliger une sage-femme à garder l'enfant qu'elle abandonne. A ce compte, la première personne à la porte de laquelle on déposerait un enfant nouveau-né et qui aurait la charité de le recueillir, serait tenue, *ipso facto,* de le nourrir et de l'élever. C'est inadmissible. Cet enfant qu'on lui laisse pour compte, rien ne peut empêcher Mme L... de le mettre aux Enfants-Assistés.

*La Rédaction.*

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 8 janvier 1889. — Présidence de MM. Hérard et M. Perrin.**

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Marvaud (médecin militaire), qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Une lettre de M. le docteur Cohen (de Paris), relative au traitement de la tuberculose pulmonaire par l'iodoforme en solution et à haute dose par la voie sous-cutanée, concurremment avec l'usage des médicaments stimulants-expectorants par la voie gastrique;

3° Un mémoire intitulé : *Action chimique et thérapeutique du brome et de l'acide fluorhydrique; traitement de la phthisie pulmonaire*, par M. le docteur Robillard et M. Eugène Cadoret (de Paris).

— M. Hérard, *président sortant*, après avoir fait l'historique des travaux de l'Académie pendant l'année qui vient de s'écouler, cède le fauteuil de la présidence à M. Perrin.

M. Perrin remercie, au nom de l'Académie, les membres du bureau sortant et prie M. Moutard-Martin, vice-président, et M. Féréol, secrétaire annuel, de prendre place au bureau.

— **M. Le Dentu lit une observation de gastrostomie au lieu d'élection suivie de lapa-**

rotomie pour l'extraction d'une cuiller en bois tombée dans le péritoine, à la suite d'une perforation de l'estomac.

Le 12 novembre 1888, le nommé X..., étant seul chez lui, s'introduisit dans le pharynx une longue cuiller en bois qu'il tenait par le manche. Elle lui échappa et descendit peu à peu dans l'estomac sans grandes douleurs. Il put dîner comme à son habitude, et ce fut seulement vers deux heures du matin qu'éclatèrent des souffrances très vives. Admis le 13, à sept heures, à l'hôpital Saint-Louis, le malade fut examiné par les internes de M. Le Dentu, qui sentirent le corps étranger. A neuf heures, le chirurgien lui-même ne put rien trouver, mais ne persista pas à cause des douleurs.

La gastrostomie fut pratiquée le 14 novembre. L'estomac, mis à nu, fut incisé à l'aide de ciseaux; l'index introduit dans son intérieur ne trouva rien. L'introduction d'une tige dans l'intestin grêle ne fournissant aucun renseignement, il était évident que la cuiller devait être dans le péritoine. On sentait, en effet, une tige rigide juste sur la ligne médiane, et parallèle à la paroi. Une incision sur la ligne blanche permit de voir le corps étranger, qui fut extrait par de douces tractions. La cuiller était recouverte par un enduit visqueux rappelant un peu l'odeur du contenu intestinal. L'estomac, l'arrière-cavité des épiploons, l'intestin furent explorés sans que l'on trouvât trace de perforation. Après une opération qui avait duré deux heures et demie, le malade fut reporté dans son lit; il guérit parfaitement.

M. Le Dentu explique ce fait, peut-être unique dans la science, de la manière suivante : la cuiller avait dû pénétrer entre les deux feuillets du grand épiploon, que l'on trouva un peu épaissi, un peu enflammé. Elle s'y essuya des débris qu'elle avait pu ramasser dans l'estomac, et c'est là la cause probable de l'absence de péritonite septique. S'il n'y eut pas issue des matières contenues dans le ventricule, c'est que la contracture de fibres musculaires empêcha leur sortie.

M. Le Dentu établit que le malade n'avait pu introduire le corps étranger par le rectum, et que, de plus, rien ne pouvait faire songer avant l'opération à son passage dans le péritoine.

— M. Bucquoy lit un mémoire sur la valeur thérapeutique du strophantus. M. Sée a surtout insisté sur les avantages de la strophantine et regardé le strophantus comme peu utile. M. Bucquoy est d'un avis opposé, et, pour lui, on doit compter avant tout sur le strophantus.

Ce médicament, expérimenté d'abord par Vulpian et Pélikan, fut introduit dans la thérapeutique par Fraser qui le plaça à côté de la digitale et le regarda même comme parfois supérieur. Des résultats presque identiques furent obtenus par la plupart des expérimentateurs.

En France, il y a quinze mois, il n'existait guère que quelques observations de Lépine et d'Huchard; M. Bucquoy, grâce à M. Catillon, put se procurer du médicament et se mit à l'expérimenter.

Au début, on se trouva en présence de graines très diverses et on a été jusqu'à reconnaître 16 et 20 espèces. Il n'y en a en réalité que deux : le strophantus hispidus, qui vient de la côte occidentale d'Afrique; le strophantus kombé, qui vient de la côte orientale. Quant au strophantus glabre du Gabon, il est impossible de se le procurer. Les deux espèces commerciales étant à peu près de la même valeur, on n'a pas à se préoccuper de la provenance.

La plante est très abondante dans l'Afrique équatoriale. La racine est inutile.

Les fruits contiennent un grand nombre de graines pourvues d'une houppe qui assure leur dissémination.

Les semences sont les parties les plus actives. On en a préparé des extraits et des teintures. Ces dernières sont à rejeter, car leur titre varie selon les expérimentateurs.

Avec l'extrait, on fait des granules à un milligramme, et on en donne deux le premier jour, trois le deuxième, quatre le troisième. Cette dose est rarement à dépasser.

La strophantine, glucoside mal défini, donne des résultats inférieurs.

Le strophantus a une action thérapeutique énergique. Comment agit-il? Ce point n'est pas encore élucidé. On pourrait peut-être comparer son action à celle que le seigle

ergoté exerce sur l'utérus. Le plus constant effet est l'augmentation de la diurèse, on n'a pas les débacles de la digitale et la polyurie apparaît dans les premières heures.

La digitale exerce une action vaso-constrictive sur les petites artères. C'est là, dans certains cas, un désavantage que n'a peut-être pas le strophantus.

M. Bucquoy résume quarante observations qu'il a prises dans tous leurs détails et en tire les conclusions suivantes :

« Le strophantus est un médicament cardiaque de premier ordre et qui doit être placé à côté de la digitale dont il remplit, à peu de chose près, les mêmes indications.

Dans les *lésions mitrales*, le strophantus relève l'énergie des contractions cardiaques lorsque la compression devient insuffisante; il atténue, quand il ne les fait pas disparaître, les symptômes de l'asystolie.

C'est donc bien à tort que M. G. Sée me prête une conclusion que je n'ai jamais formulée : « Le strophantus agit sur les cœurs fatigués et non asystoliques. »

Ce médicament agit, au contraire, d'une façon souverainement efficace dans l'asystolie.

Je n'accepte pas davantage la conclusion de M. G. Sée, qui prétend que le strophantus n'est pas un diurétique; car, si j'ai dit que le strophantus ne déterminait jamais des débâcles urinaires, comparables à celle de la digitale, j'ai, d'un autre côté, montré qu'il produisait une diurèse constante pouvant donner jusqu'à quatre et cinq litres d'urine en vingt-quatre heures.

J'ajoute enfin que le strophantus est un médicament supérieur à tout autre médicament cardiaque dans le *rétrécissement mitral*, lorsque le cœur commence à se fatiguer; la dyspnée, l'oppression, disparaissent souvent alors comme par enchantement.

Dans les *lésions cardio-aortiques*, lorsque le cœur commence à se fatiguer, le strophantus est également d'une grande utilité, alors que la digitale présente parfois des contre-indications.

Dans trois cas d'*angine de poitrine*, dans un cas de *maladie de Basedow*, c'est-à-dire des maladies où l'action du strophantus est généralement moins favorable, j'ai obtenu cependant des résultats assez satisfaisants.

En un mot, le strophantus est un *médicament de soutien* pour l'action cardiaque, et ce n'est pas un de ses moindres avantages que de pouvoir être administré et toléré, sans inconvénient, pendant fort longtemps; je puis même ajouter que l'accoutumance ne détruit pas les effets du strophantus et que, même, son action persiste assez longtemps après la cessation du médicament.

Le strophantus ne s'accumule pas dans l'organisme comme la digitale et ne produit pas comme elle une action nauséeuse souvent préjudiciable; le seul symptôme d'intolérance est parfois une diarrhée sans coliques, qui ne tarde pas à cesser lorsque la médication est suspendue.

Y a-t-il des contre-indications à l'emploi du strophantus? Je ne saurais les formuler. Cependant, dans les périodes avancées des affections cardiaques, surtout quand il existe en même temps de l'artério-sclérose et des lésions rénales, je ne le prescris pas, ses effets étant généralement nuls. En pareilles circonstances, la digitale n'agit pas mieux non plus ; on pourrait cependant employer le strophantus si on voulait avoir ainsi un médicament qui servît de pierre de touche et permît ainsi de mesurer le degré de la dégénérescence cardiaque.

En tous cas, je n'ai jamais observé aucun accident consécutif à l'administration du strophantus, lors même qu'elle était intempestive; c'est donc un médicament qui n'est point dangereux et qui, de plus, est d'un emploi facile.

En résumé, le strophantus est un médicament qu'il serait impardonnable de ne pas utiliser; mon expérience me permet d'affirmer qu'il ne donnera pas de déceptions, à condition toutefois qu'on ne lui demande pas plus qu'il ne peut donner et qu'on ne le prescrive pas, indifféremment, dans toutes les affections cardiaques. »

## COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie

(Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

DISTINCTION ACCORDÉE A UNE SURVEILLANTE. — Mlle Bottard, surveillante du service de M. Charcot, à laquelle ont été remises, le 1er janvier, les palmes académiques, est âgée de 66 ans. Sa vie, pour ainsi dire tout entière, s'est passée à la Salpêtrière où elle est entrée, en 1840, aux appointements de 10 fr. par mois. Au bout de 10 ans de service, elle gagnait 12 fr. 50 dans cet hospice de 6,000 habitants qui n'a jamais été desservi depuis sa fondation (1657) que par des laïques. Pour gagner cette somme, elle devait faire face à toutes les exigences d'un grand service d'aliénés ravagé en 1849 par le choléra. Pendant cette terrible épidémie, qui emporta trois médecins, un pharmacien et le directeur de l'hôpital, Mlle Bottard fut admirable de dévouement, passant plus de trente nuits sans goûter un instant de repos.

En 1854, en 1865, nouvelle épidémie cholérique ; en 1870, la variole noire ; silencieusement Mlle Bottard poursuit son œuvre d'absolu dévouement.

En 48 ans, les chiffres ont leur éloquence, les registres de l'hospice nous indiquent qu'elle n'a pas pris un seul jour de congé. On avouera que l'honneur qui vient de lui être fait est entièrement justifié.

Toute la génération médicale qui l'a connue et appréciée, se joindra à nous pour féliciter Mlle Bottard, comme elle l'a été par les malades qui se sont livrées vis-à-vis de leur surveillante à une manifestation aussi touchante que spontanée. (*Progrès médical*).

DISPENSAIRES DE PARIS. — Mme Olga Kraft, docteur en médecine de la Faculté de Paris, ouvre un dispensaire, passage Simonet, n° 6 (quartier de la Glacière), dispensaire de la « Butte-aux-Cailles ». Elle donnera des consultations gratuites, le dimanche de dix heures à midi, pour les femmes et les enfants ; le jeudi et le vendredi de une heure à trois, pour les femmes seules.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur Maurice Norton Miller est mort à New-York le 8 décembre à 50 ans. Bien connu dans cette ville, il y avait fait ses études à l'Université médicale, avait pratiqué la médecine à Philadelphie, puis était revenu à New-York comme professeur d'histologie au laboratoire de Loomis. Il était aussi médecin spécialiste à l'institution de « Wardes et Blackwell's Island ». Il était membre de la Société médicale du comté, et secrétaire de la Société médico-légale. Il avait fait dernièrement un livre important sur l'histologie. (*Progrès médical.*)

HOSPICES DE GRENOBLE. — L'administration des hospices civiles de Grenoble donne avis que le lundi 20 mai 1889, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu de Lyon, un concours public pour une place de médecin-adjoint.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX DE PARIS. — Par décret en date du 12 décembre 1888, la Société médicale des hôpitaux de Paris, fondée en 1849, est reconnue comme établissement d'utilité publique. — Sont approuvés les statuts de la Société, tels qu'ils sont annexés au présent décret.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 12 janvier 1889. — *Ordre du jour :* 1. Installation du bureau. — 2. M. Christian : Compte rendu des travaux de la Société en 1888. — 3. M. Le Blond : Porolithe fluorhydrique. — 4. M. Dubrisay : Convulsions chez six enfants.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## BULLETIN

Le fait intéressant communiqué par M. Le Dentu à l'Académie de médecine nous montre avec quelle rapidité l'estomac peut être perforé par un corps étranger, et avec quelle innocuité il peut pénétrer dans la cavité péritonéale et en être retiré par le chirurgien. Ce qui augmente encore l'intérêt du fait, c'est la longueur inusitée du corps étranger, et sa forme. On se demande comment une cuillère en bois, à extrémité large, comme on sait, a pu sortir de l'estomac sans laisser la moindre trace de son passage et y faire si peu de dégâts que l'ouverture anormale par laquelle elle a dû passer était fermée au bout de quelques heures. On conçoit l'étonnement qu'a dû éprouver M. Le Dentu de ne plus trouver dans l'estomac, au bout de si peu de temps, le volumineux corps étranger qui y avait été introduit et de le sentir ensuite dans une région tout autre. La rapidité de l'intervention chirurgicale a heureusement permis de conjurer la péritonite qu'on pouvait craindre à bon droit.

La défense du strophantus a été présentée par M. Bucquoy avec toute l'autorité qui s'attache à ce maître en matière d'affections cardiaques. Ce qui ressort de sa communication, c'est que les effets du strophantus dif-

## FEUILLETON

### CAUSERIE

*Les dangers de la clientèle. — Influence des anesthésiques sur les impressions sexuelles chez la femme. — Superstitions médicales.*

On a raconté bien des fois les déboires et les ennuis auxquels sont exposés les médecins praticiens. Que de faits pour servir aux récriminations qui s'élèvent sans cesse, et quelle foule d'arguments pour dissuader les jeunes gens qui se laissent entraîner vers notre profession par des sentiments généreux, des espérances mal fondées et une inexpérience absolue de la vie réelle! Les journaux de médecine ont raconté maintes fois ce fait d'une femme qui, ayant été endormie pour une opération et ayant éprouvé pendant son sommeil ces impressions sexuelles qui ne sont pas rares sous l'influence du chloroforme, avait ensuite accusé son médecin d'avoir profité de son état d'auesthésie pour abuser d'elle.

Il s'est présenté récemment, à l'étranger, devant la Cour de police de Lambeth, un fait analogue, avec cette différence que la plaignante n'était poussée par aucun motif appréciable. Une jeune fille, nommée Field, accusait un très honorable médecin de Brixton Road, le docteur Edmund Pope, d'avoir attenté à son honneur, le 20 avril,

fèrent suivant les cas, suivant la période plus ou moins avancée de la maladie, l'état du cœur et des grands viscères, mais qu'on peut néanmoins l'employer sans crainte d'accident, même dans les cas où il n'est pas indiqué. C'est là une condition excellente pour arriver à poser d'une manière précise les indications du nouveau médicament; car, puisque son administration, même intempestive, n'amène aucun accident, on peut y avoir recours dans tous les cas; le pire qu'il puisse arriver, c'est qu'on n'en retire aucun effet, mais lorsque le résultat sera positif, il sera bon. Reste à poser ces indications; et, avant tout, il faut bien se pénétrer de cette idée sur laquelle a sagement insisté M. Bucquoy : c'est que le nouveau médicament a été insuffisamment expérimenté, qu'on ne peut lui demander de guérir toujours, puisque ses indications ne sont pas encore bien connues et que, si on le prescrit indifféremment dans toutes les maladies du cœur, il faudra s'attendre à quelques déceptions, faute d'effet produit. Il ne faudrait donc pas cesser de l'employer, parce qu'on n'aurait rien obtenu de son administration intempestive.

— Le rattachement du service de l'hygiène à celui de l'Assistance publique, réclamé depuis si longtemps par l'immense majorité du corps médical, et que nous pressentions tout récemment, est maintenant un fait accompli. La direction de ces deux services, devenue la direction de la santé publique, fera partie du ministère de l'intérieur et sera confiée à M. Henri Monod. On ne peut attendre que d'excellents résultats du nouvel ordre de choses, sous une telle direction. — L.-H. PETIT.

---

**Observations générales
sur le projet d'adoption d'une langue scientifique internationale.**

I

La Société de médecine pratique de Paris (1), sur la proposition de M. le

(1) *Bulletins et mémoires de la Société de médecine pratique de Paris*, n° 21, 1er novembre 1888.

---

quand elle lui demandait une consultation. Avec une imagination toute féminine, elle donnait même les plus minutieux détails sur cette prétendue scène. Comme le fit remarquer le président, c'était la plus grave accusation que l'on pût porter contre un praticien. La plaignante, il est vrai, ne pouvait fournir aucune preuve à l'appui de son dire, mais il était tout aussi difficile de démontrer que le fait n'avait pas eu lieu. Enfin, à la dernière séance, M. William Quicke, élève et assistant du docteur Pope, apporta à l'audience le registre sur lequel étaient régulièrement inscrits les noms de tous les malades; celui de la plaignante y apparaissait pour la première fois le 12 mai. L'attentat ne pouvait donc s'être produit le 20 avril, et cet argument vint jeter un singulier doute sur la vérité et la moralité de la plaignante. La défense fit généreusement valoir ce motif que, peut-être, la malade était le jouet de cette variété d'hallucinations dans laquelle les individus sont parfaitement convaincus de choses qui cependant n'ont jamais existé. En tout cas, le tribunal ne pouvait baser sur une accusation aussi dénuée de preuves une condamnation contre un homme qui jouit de l'estime générale; il rendit la sentence ordinaire et obligée en pareil cas en renvoyant le docteur Pope des fins de la plainte. Mais, tout en se félicitant des résultats du procès, on ne peut qu'exprimer le regret qu'un honorable médecin puisse se trouver exposé à de pareilles accusations.

Voici un autre document du même genre, à l'appui de l'opinion que les dangers de la clientèle ne sont pas toujours faciles à éviter.

Devant un tribunal des Etats-Unis, un médecin, appelé comme expert, fit la déclaration suivante : « Une femme, sous l'influence d'un anesthésique, est plus apte à la con

docteur Nicolas et après une assez courte discussion, « s'est associée, par un vote unanime, au projet de la Société philosophique américaine de créer une *langue scientifique internationale* et insiste sur la nécessité de faire aux médecins une large place dans le futur Congrès dont elle provoque la réunion pour 1889 »; une commission de dix membres a été nommée (1) pour étudier la question, et diverses Sociétés médicales ont été invitées à se rallier à ce projet.

Si nous nous trouvions en face du premier vote seul, par lequel la Société de médecine pratique affirme la nécessité de la création d'une langue scientifique, nous n'aurions qu'à émettre une vigoureuse protestation contre ceux qui, sans étude, sans enquête, auraient accepté des conclusions prématurées. Mais l'élection d'une commission chargée de l'étude de la question amende le premier vote et ouvre la voie à la discussion. C'est pourquoi la Société médicale du XVII[e] arrondissement a examiné le projet dans sa séance du 24 novembre 1888 et choisi une commission de cinq membres (2) avec mission de présenter son rapport à la prochaine réunion.

II

Résumons d'abord les principaux passages du discours de M. le docteur Nicolas à la séance du 11 octobre 1888 de la Société de médecine pratique :

« Afin de favoriser l'échange des idées scientifiques et l'exercice de la profession par les médecins consultants des grands centres internationaux, il est nécessaire de créer une langue scientifique internationale; un seul argument sérieux contre ce projet : l'échec des siècles passés dans la constitution d'une langue scientifique.

« Grâce à la rapidité actuelle des communications et aux progrès de la

(1) MM. les docteurs Bouloumié, Champigny, Gaudin, Guelpa, Luc, Nicolas, Jolly, Toledano, Dujardin-Beaumetz, président; Gillet de Grandmont, secrétaire général.

(2) MM. les docteurs Ducor, Jasiewicz, Séailles, Riché, président; A. Hénocque, secrétaire général.

---

ception que lorsque les rapports sexuels ont lieu par force; et je partage l'avis du docteur Beck, exprimé dans son *Traité de jurisprudence médicale* : à savoir, qu'une femme peut concevoir pendant l'anesthésie. Le relâchement qui se produit alors facilite la conception. »

Ce point me paraît établi, mais je désire ajouter une remarque que j'ai faite dans ma pratique et qu'il importe aux médecins de connaître. Il est bien reconnu aujourd'hui que, parfois, sous l'influence de l'éther ou du chloroforme, une excitation se produit dans les organes sexuels et le trouble provoqué dans l'esprit par cette sensation peut faire croire à une femme qu'elle a été victime d'une violence. Mes lecteurs se rappellent encore ce dentiste qui fut condamné comme ayant violé une femme anesthésiée, mais dont l'innocence devint plus tard si probable que le gouvernement fut forcé par l'opinion publique de le grâcier. Le premier cas semblable dont je fus témoin se produisit pendant un accouchement. La femme, placée sous l'influence du chloroforme, éprouva des sensations sexuelles si vives qu'elle m'accusa de l'avoir violée et appela son mari pour qu'il vînt la protéger. Or, celui-ci se tenait auprès d'elle et une douzaine de femmes n'avaient pas quitté la chambre.

Dans un second cas, j'administrai le chloroforme à une femme pour l'extraction d'une dent, mais la physionomie de la patiente exprima bientôt une excitation vénérienne si accentuée que je me hâtai d'appeler ses parents. Au réveil, elle fut étonnée de se trouver entourée de sa famille et laissa clairement voir quelles avaient été ses impressions.

Une autre fois, une dame d'un certain âge, ma parente, entra dans mon cabinet, tout

linguistique, la nouvelle expérience a de grandes chances de réussite, surtout si l'on considère les efforts tentés dans d'autres branches de l'activité humaine, par exemple la création et le succès du *volapük*.

« La Société philosophique américaine, dans sa séance du 21 octobre 1887, après avoir discuté cette question, a nommé une commission. Celle-ci est défavorable à l'extension du volapük au domaine scientifique, mais le docteur Nicolas ne voit pas qu'il perde à la comparaison qu'on en fait avec les deux autres projets survivants de langues internationales : le *pasilingua* de l'Allemand Steiner et la *langue internationale* du Polonais (?) Samenhow. Quoi qu'il en soit, les rapporteurs américains n'émettent pas le moindre doute sur l'utilité de la création d'une langue internationale, la difficulté, selon M. Nicolas, résidant dans l'adoption seule de cette langue.

« M. le docteur Nicolas indique les avantages du volapük, absolument insuffisant d'ailleurs pour l'expression des idées scientifiques ; il est contraire au latin, langue morte, dont la syntaxe offre bien des difficultés; malgré sa simplicité relative, la langue anglaise ne lui paraît pas devoir être admise, à cause de certaines difficultés de prononciation.

« Il s'agit donc de créer une nouvelle langue, dont la stabilité sera garantie par une Académie, et dont l'étude permettra de ne pas apprendre les six ou sept autres langues nécessaires aujourd'hui. »

Tel est le résumé du rapport de M. le docteur Nicolas. Aucune objection sérieuse n'a été soulevée par les membres de la Société de médecine pratique. Nous essayerons donc, sans nous écarter du cadre d'une discussion générale, d'examiner le projet et de résumer les arguments présentés par divers membres de la Société médicale du XVII^e arrondissement, avec lesquels nous nous trouvons complètement d'accord.

III

Nous ne croyons pas d'abord à la nécessité, à l'urgence de la création et de l'adoption d'une langue scientifique internationale.

Toute œuvre capitale, parue dans un pays, est bientôt traduite et publiée

---

émue, et me raconta qu'elle venait de subir une légère opération pour laquelle elle avait été anesthésiée, et que le chirurgien avait abusé d'elle pendant qu'elle était sous l'influence du chloroforme. Elle entra à cet égard dans des détails très circonstanciés. J'étais persuadé qu'elle se trompait, et, en effet, en analysant son témoignage, je lui prouvai que les choses ne s'étaient point passées comme elle le croyait.

Il résulte de ces faits que la prudence doit conseiller aux médecins de ne jamais administrer l'éther ou le chloroforme hors la présence des témoins.

***

Le numéro d'octobre du *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* cite, à sa page 479, un certain nombre de superstitions médicales qui avaient cours au moyen âge; nous les avons rappelées dans un précédent feuilleton. Certes, elles sont curieuses; mais il en fleurit encore de nos jours dont l'intérêt n'est pas moindre; ainsi le journal le *Temps* en relatait une vraiment remarquable le 1^er septembre dernier. « Je n'ai nulle raison, dit M. Lanoaille (de Lachèze), pour douter d'aucun de ses détails; quant au fond, il est absolument véridique; un fait à moi personnel m'en est garant; je l'indiquerai plus bas; voici d'abord ce que dit le *Temps* :

« Un médecin qui avait été appelé auprès d'un enfant atteint d'une méningite, ayant jugé le cas désespéré, promettait, par égard pour la douleur des parents, de revenir dans la soirée. Il fut fort surpris, à cette seconde visite, de constater que la tête de l'enfant était complètement ensanglantée.

dans les autres Etats, et ainsi les personnes désireuses d'en prendre connaissance le peuvent sans grand travail; une brochure d'un certain intérêt est-elle imprimée, une communication sur quelque cas anormal est-elle faite, une découverte est-elle annoncée, etc., aussitôt la presse périodique de chaque contrée en rend compte, parfois même avec force détails, de façon à satisfaire à notre curiosité. Au jour le jour, nous sommes ainsi renseignés sur les discussions des Sociétés et des Congrès scientifiques du monde entier.

Même en dehors d'une traduction, tout savant, avec quelque teinture de la langue et un bon dictionnaire (1), arrive aisément à lire un ouvrage spécial, d'autant plus que, si l'œuvre est sérieuse, ce n'est pas à la hâte, mais à tête reposée que le livre mérite d'être étudié. Où peut-être l'homme de science, peu ou point au courant des langues, est arrêté, surtout au début, c'est dans la lecture des journaux et des revues de l'étranger, qui, sous peine de s'accumuler inutiles, demandent à être lus dès leur apparition. Mais, nous l'avons dit, le système d'informations de la presse permet en grande partie de se passer de la connaissance directe de ces journaux.

L'urgence de la création et de l'adoption d'une langue scientifique internationale ne se fait donc pas sentir.

D'autre part, cependant, nous devons reconnaître que l'adoption d'une langue internationale rendrait de réels services. En effet, si les véritables savants et plus particulièrement les hommes se livrant à la composition d'ouvrages scientifiques sont en général maîtres d'une ou de plusieurs langues étrangères, les praticiens, qui ont moins le loisir de s'adonner au tra-

(1) M. Nicolas fait remarquer dans son rapport que, « pour la correspondance et la lecture, les savants n'auraient pas besoin de posséder par cœur le dictionnaire... Il suffirait d'avoir présentes à l'esprit les règles de grammaire, et d'avoir le vocabulaire ouvert sur la table. » N'est-ce pas ce que déjà nous faisons le plus souvent avec les ouvrages étrangers? La connaissance des règles grammaticales et un bon lexique nous permettent ainsi une lecture passable.

---

« Sa mère lui expliqua qu'une voisine l'avait engagée à essayer du remède suivant; elle avait appliqué sur la tête du petit enfant un pigeon vivant qu'elle avait égorgé, de sorte que le sang se répandit sur le cerveau du malade. Le médecin demanda d'autres renseignements, et il constata que cette pratique est d'un usage plus répandu qu'on ne pourrait le croire.

« Il y a, en effet, une superstition populaire qui veut que le sang du pigeon absorbe la méningite. Il fut raconté qu'il existait même aux Halles une marchande dont la spécialité était la vente de pigeons destinés à cet étrange sacrifice. On ajouta qu'elle en vendait ainsi dix ou douze par jour en moyenne. »

Voici maintenant l'observation que M. Lanoaille (de Lachèze) a recueillie sur le même sujet :

C'était vers la fin de 1872, à Dieppe, où je me trouvais comme médecin-major du 20e bataillon de chasseurs. Un épidémie grave, restée insuffisamment définie dans sa cause et dans sa nature, sévissait sur les compagnies casernées au Pollet. Depuis les autorités militaires le plus haut qualifiées jusqu'aux religieuses de l'hôpital, chacun se creusait la tête à l'envi pour lui chercher un remède efficace. Au cours d'une de mes tournées dans le salles, alors que je m'apprêtais à découvrir le lit d'un « grand » malade, la sœur qui m'accompagnait parut tout d'abord vouloir s'y opposer; puis, bientôt elle rougit, et son attitude fut pleine de confusion. Cependant, il ne s'agissait nullement ici pour elle de pudeur effarouchée, car elle était tout à la fois plus que d'un certain âge et bonne femme. Toujours est-il que les pieds du chasseur se trouvaient lour-

vail de cabinet ou sont moins instruits sur ces langues, et les débutants dans la carrière scientifique, obligés souvent par quelque concours à s'adresser aux sources directes, gagneront un temps précieux si les documents leur deviennent plus accessibles. Enfin l'adoption d'une langue internationale peut avoir pour résultat de resserrer les relations entre les Sociétés et les savants des diverses parties du globe. C'est pourquoi nous pouvons accueillir favorablement le projet d'adoption d'une langue internationale.

IV

Mais nous ne pensons pas nécessaire de créer cette langue.

« Il me tarde, pour ma part, dit M. le docteur Nicolas, de voir les Congrès internationaux ou même nationaux imprimer leurs actes sur deux colonnes : l'une en langue internationale, ce qui obligerait, il est vrai, nos enfants à apprendre une langue nouvelle, mais les dispenserait d'apprendre les six ou sept autres langues qui nous sont aujourd'hui nécessaires. »

Ce dernier argument tombe à faux. En effet, les nécessités politiques, les intérêts du commerce et de l'industrie, souvent les relations mondaines nous obligeront quand même à connaître telle ou telle langue étrangère. Le fait est trop évident pour y insister. La nouvelle langue constituera un surcroît de travail et de fatigues ; loin de simplifier et d'activer les rapports scientifiques, elle compliquera l'état de choses présent. Est-ce simplifier qu'augmenter le cadre des études, alors qu'il est possible de faire autrement; est-ce faciliter le rapprochement des nations que de créer, à côté de chaque langue nationale, une langue commerciale, une langue scientifique, une langue diplomatique peut-être, etc. ?

Quel sera le fondement de cette langue? On en dit facile la confection, comme celle du volapük; mais le volapük est loin de suffire aux commerçants et aux industriels; on compte déjà des volapükistes dissidents, et on s'imagine que la langue scientifique serait plus aisée à composer!

Portant sur les termes scientifiques, la réforme vaut-elle la peine d'être

---

dement empaquetés dans des compresses et dans des bandes piquées par place de taches sanglantes.

La sœur m'explique que, pour conjurer le mal, elle avait appliqué à chaque plante les deux moitiés d'un pigeon par elle tranché vivant. Mais, ajouta-t-elle, je vais tout enlever si vous le désirez.

— Pauvre bête!... lui dis-je sur un ton de demi-reproche, pensant au pigeon, ce n'est plus la peine, il doit être mort.

Le malade guérit.

* * *

*Un dentiste qui a dû être vexé.* — Une jeune dame souffrait affreusement des dents. Elle va chez un dentiste qu'elle ne connaissait pas et le prie de lui arracher la canine malade. L'affaire faite, dit le *Figaro*, elle place une pièce de 10 francs dans la main de l'opérateur. Celui-ci, trouvant ses honoraires un peu minces et regardant la pièce dédaigneusement :

— Ceci est-il pour mon domestique? dit-il.

— Non, Monsieur, reprend la dame avec son plus gracieux sourire, c'est pour vous deux !

Jean Ciseaux.

tentée? La plupart de ces mots, soit dérivés du latin et du grec, soit similaires dans toutes les langues, ne sont-ils pas vraiment internationaux, compris de tous? Ce serait le changement pour le changement, sans avoir la chance d'obtenir mieux (1). Inutile quant aux expressions scientifiques, la réforme deviendrait dangereuse et fort difficile, si elle s'attaquait aux termes usuels de la langue courante : dangereuse pour des motifs d'ordre moral que nous indiquerons plus loin, et parce qu'elle risquerait de produire le désordre au lieu de l'ordre espéré; difficile, car les savants, appelés à la constitution de cette langue, se heurteront contre bien des obstacles avant de s'entendre sur le choix des radicaux et des diverses parties des mots, surtout des dérivés, et jamais la langue ne sera assez complète pour répondre à tous les besoins. Le volapük en est la preuve.

Supposons la langue créée : qui en garantit la stabilité? Une Académie, dit-on. Mais cette Académie sera-t-elle stable elle-même, n'aura-t-elle pas ses schismes? C'est probable, sans compter qu'il faudra bien accepter les modifications nécessitées par la transformation des idées, les progrès de la science et les fluctuations des temps.

Nos mots usuels, nous ne l'ignorons pas, n'ont pas tous conservé le sens d'autrefois, mais leur histoire est connue, et, dans tous les cas, ces mots, en acquérant un sens nouveau, n'ont pas toujours perdu leur sens primitif, tandis qu'un mot de la nouvelle langue, créé pour désigner une chose, une idée, devra être supprimé ou modifié avec la disparition de la chose ou la transformation de l'idée. Cette langue ne peut donc pas prétendre à la stabilité, et, après une certaine période de temps, devra être réformée, d'où nouvelle étude : il faudra connaître la langue antérieure pour lire les ouvrages passés et la langue actuelle pour comprendre les auteurs contemporains.

Puis, avec les cataclysmes de chaque siècle, dans mille ans ou plus, si on retrouve nos livres, sans grammaire, sans dictionnaire, comment déchiffrer l'énigme de ce nouveau volapük? Il y a là une objection sérieuse. Il ne suffit pas d'universaliser la science dans le présent, il faut aussi la généraliser dans l'avenir, et nous ne pouvons atteindre à ce résultat que par l'emploi d'une langue aryenne simple et naturelle, et non pas par une langue artificielle.

Nous sommes donc absolument opposé au projet de création d'une langue scientifique internationale.

(*A suivre.*) D^r J. JASIEWICZ.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 31 décembre.

*Expériences biologiques et thérapeutiques sur le choléra*, par M. LŒWENTHAL. — « J'ai cherché d'abord à rendre au bacille du choléra, par un procédé de laboratoire, la propriété toxigène qu'il possède à l'état frais, et qui est perdue lorsqu'il a été cultivé longtemps sur les terrains nutritifs artificiels, en usage dans les laboratoires.

(1) Les auteurs qui préconisent la réforme semblent avoir eu conscience de la difficulté, car le rapport américain paraît admettre le passage dans la langue internationale des mots scientifiques de toutes pièces.

Après avoir essayé sans résultat divers terrains nourriciers, j'ai réussi avec une pâte spéciale, composée des substances suivantes : viande de porc hachée (500 gr.), pancréas de porc haché (200 gr.), farine légumineuse de Maggi ou de Groult (100 gr.), peptone (15 gr.), sucre de raisin (10 gr.), sel de cuisine (5 gr.). Ces substances, mélangées avec de l'eau ou du lait, donnent une pâte molle, presque liquide, que l'on rend alcaline de la manière ordinaire ; puis on la met dans des éprouvettes stérilisées à grand diamètre; on stérilise pendant trois jours consécutifs dans l'étuve à vapeur et l'on s'en sert comme de toute autre substance nutritive.

En pullulant dans cette pâte, les mêmes bacilles du choléra, qui n'ont produit rien de toxique dans le bouillon, y déterminent d'emblée un poison qui tue ou rend gravement malades les souris auxquelles on l'injecte ou qui l'ingèrent par voie stomacale.

En variant les éléments du mélange, j'ai fini par constater que c'est le *suc pancréatique* qui, en présence des matières albuminoïdes et peptonisées, détermine l'action toxigène du bacille.

Cette action du suc pancréatique nous explique le tableau clinique du choléra chez l'homme. Les bacilles ingérés, ayant pu franchir l'estomac et arriver dans l'intestin, y produisent avec l'aide du suc pancréatique la même matière toxique que dans ma pâte, qui n'est qu'une imitation grossière du contenu duodénal ; cette matière toxique sera résorbée : le rétablissement ou la mort des malades seront en rapport avec la quantité du poison absorbé et avec la résistance de l'organisme. Le fait expérimental cadre parfaitement avec le fait anatomo-pathologique, à savoir que les bacilles du choléra restent toujours confinés dans l'intestin ; il explique les cas foudroyants du choléra, aussi bien que les expériences de MM. Nicati et Rietsch et celles de M. Koch sur les animaux.

Ce point une fois déterminé, j'ai dû me dire que, si je parvenais à trouver une substance inoffensive pour l'homme et qui empêcherait le développement du bacille du choléra dans ma pâte pancréatique, nous pourrions dire, avec la plus grande probabilité que des expériences de laboratoire puissent donner, que nous avons atteint dans ce cas l'idéal de la thérapeutique en bactériologie, à savoir de détruire sur place le microorganisme pathogène sans nuire à son hôte ; que nous possédons peut-être un remède spécifique, préventif et curatif, contre le choléra chez l'homme.

J'ai fini par trouver cette substance : c'est le salicylate de phénol ou salol, découvert en 1886 par M. de Nencki (de Berne). Après avoir essayé sans résultat l'opium et le tannin, je pensai au salol, parce que ce puissant antiseptique est décomposé dans l'organisme par le suc pancréatique, c'est-à-dire par le même agent qui rend toxiques les cultures du bacille du choléra dans ma pâte pancréatique. J'avais donc lieu d'espérer que le salol agirait dans le sens voulu. Et c'est ce qui s'est réalisé : le salol, en présence du suc pancréatique frais, tue les bacilles du choléra développés dans une pâte préalablement ensemencée et, d'autre part, il rend stérile la pâte, lorsqu'on la mélange d'abord avec le salol et qu'on l'ensemence après. Pour être absolument sûr de cette action, j'ai ajouté à la pâte salolisée et restée alcaline jusqu'à 3 c. c. d'une culture pure du bacille dans le bouillon; malgré cette infection massive, les pâtes restèrent stériles. Cet effet est absolument certain avec 2 grammes de salol sur 10 grammes de pâte; mais, en diminuant la dose du salol jusqu'à 0 gr. 10, la plupart des cultures restèrent aussi stériles; deux seulement ne le furent pas; mais elles ne contenaient pas de bacilles virgules et ne donnèrent pas la réaction à l'acide chlorhydrique.

Pour être applicable cliniquement, l'agent délétère pour les bacilles doit être inoffensif pour l'homme. Le salol est, on le sait, inoffensif; au surplus, je viens de l'essayer sur moi-même, qui suis très sensible à l'action de tout médicament. Le 23 décembre, à dix heures du matin, j'ai pris 5 grammes de salol, et le même soir, à sept heures, 5 autres grammes. La dose du matin, ingérée à jeun, m'occasionna, une heure plus tard, un peu de vertige qui disparut pendant le déjeuner; les 5 grammes du soir, pris pendant le repas, ne produisirent aucun effet. Les urines devinrent foncées huit heures après ingestion de la première dose et restèrent telles jusqu'au surlendemain soir, quarante-huit heures après ingestion de la seconde et dernière dose.

En vue des résultats que je viens d'exposer, je me crois autorisé à proposer l'essai en grand, et sur l'homme, du remède inoffensif qui détruit le bacille du choléra dans

l'éprouvette. Je ne vois, pour le moment, aucune raison qui empêcherait le salol de déployer la même activité dans le contenu intestinal imité : l'essai en est donc justifié.

En fait de dosage, je proposerais d'administrer le salol, jusqu'à plus ample information par l'essai clinique, de la manière suivante : comme prophylactique, trois fois par jour, pendant les principaux repas, 2 grammes chaque fois ; en application thérapeutique, une dose initiale de 4 grammes dès l'apparition des premiers symptômes du choléra, et puis 1 gramme toutes les heures. On peut donner jusqu'à 20 grammes de salol par jour. »

*Atténuation du virus tétanique par le passage sur le cobaye*, par M. P.-B. Bossano. — Nicolaïer avait déjà remarqué que les animaux inoculés avec des terres tétaniques mouraient quatre jours après l'inoculation, et que, si on prenait un peu de pus de leur plaie pour l'inoculer à d'autres animaux ceux-ci succombaient le lendemain. La raison de ce phénomène est, non pas que l'inoculation avec la terre donne une maladie plus longue que l'inoculation avec le pus, mais que le bacille du tétanos se développe mieux dans un milieu déjà modifié par les germes de la suppuration. C'est-à-dire que la terre agit d'abord comme corps étranger, et provoque une suppuration ; les spores tétaniques trouvent alors un milieu favorable, s'y développent et produisent le tétanos. Dans le cas d'inoculation avec le pus, le milieu favorable est tout préformé et les bacilles tétaniques se développent plus rapidement.

M. Bossano a vérifié l'exactitude de ces résultats ; il a, de plus, inoculé plusieurs séries de cobayes avec du pus provenant de cobayes morts de tétanos, et il a remarqué que le virus s'atténuait par le passage sur ces animaux, car les derniers résistaient à l'inoculation.

*Contribution à l'étude de la résistance de l'organisme aux microbes pathogènes, notamment des rapports de la nécrobiose avec les effets de certains microbes*, par M. S. Arloing. — J'ai rencontré accidentellement, au centre d'un ganglion caséeux, un bacille qui se présente avec une physionomie un peu différente de l'agent producteur de la septicémie gangréneuse, mais non moins intéressante, et qui, à la fois aérobie et anaérobie, offre un remarquable exemple de polymorphisme.

Or, après l'avoir inoculé en vain dans le tissu conjonctif sous-cutané et intra-musculaire de divers animaux, nous l'avons inoculé dans un organe nécrobiosé, afin de le placer dans un milieu comparable à celui où nous l'avions trouvé, c'est-à-dire d'une part dans un testicule sain, et, de l'autre, dans le testicule bistourné d'un mouton. Nous avons pu constater ainsi que nous étions en présence d'un microbe qui paraît inoffensif dans les tissus sains, et dont les effets désorganisateurs se révèlent dans les tissus nécrobiosés, et surtout au début de la nécrobiose, d'où le nom de *bacillus heminecrobiophilus*, que nous proposons de donner à cet organisme.

Bref, nos expériences démontrent :

1° Que pour certains microbes les effets dépendent de l'état des tissus qu'ils rencontrent ;

2° Que l'on est exposé à déclarer inoffensifs des microbes que l'on ne sait pas placer dans les conditions requises pour qu'ils produisent leur action pathogène ;

3° Que l'on ne saurait être trop prudent, lorsqu'on doit se prononcer sur les propriétés d'un microbe donné.

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 22 décembre 1888. — Présidence de M. de Ranse.

Le procès-verbal est lu et adopté.

*Correspondance imprimée.* — Journaux et revues.

*Correspondance manuscrite.* — Lettre de M. Abadie qui remercie la Société de l'avoir nommé vice-président.

Lettre de M. Blondeau qui remercie la Société des témoignages de sympathie qu'elle

lui a témoignés à l'occasion de son accident, dont il sera complètement remis grâce aux excellents soins de M. Polaillon.

Dépêche de M. Leblond qui, empêché de venir à la séance, demande à renvoyer sa communication à la séance prochaine.

M. le Président annonce à la Société que M. Duroziez a reçu de l'Académie de médecine une mention honorable (prix Desportes), pour son mémoire sur le *pouls géminé*.

— M. Bouloumié offre à la Société une brochure intitulée : *Police sanitaire dans les villes d'eaux et les stations sanitaires.*

— M. Rougon communique une observation d'ataxie locomotrice d'origine syphilitique qu'il termine par les conclusions suivantes :

1° Il n'est pas possible de contester, chez ce malade, l'existence antérieure de la syphilis.

2° Le traitement spécifique, dans le cas présent, n'a pas eu d'action sur les phénomènes tabétiques.

3° J'ai connu et suivi, de la période de début à la période d'état, quatre malades atteints d'ataxie locomotrice; sur un seul, j'ai pu constater des antécédents syphilitiques.

4° Existe-t-il, en clinique, des signes ou symptômes propres à différencier l'ataxie locomotrice de cause syphilitique de l'ataxie locomotrice commune? Jusqu'à présent : Non.

M. Tissier connaît un acteur ataxique qui, il y a cinq ans, avait des accidents syphilitiques; il y a deux ans, premiers symptômes de tabes; il fut soumis à un traitement spécifique énergique; il a pu reprendre son service, et la guérison paraît se maintenir.

Un autre, tout en restant tabétique, a été atteint de paralysie générale; il y avait chez lui une prédisposition héréditaire, sa mère est morte aliénée.

M. de Ranse : On ne se préoccupe généralement pas assez des antécédents héréditaires, auxquels sans doute doivent être attribuées la plupart des complications nerveuses que l'on observe.

— M. Wickham lit une observation de *tétanos* envoyée par M. Deligny. (Sera publiée.)

M. Richelot fait remarquer que cette observation est muette sur le point capital en discussion, à savoir : l'origine équine.

— M. Polaillon rend compte d'une ablation de tumeur du maxillaire inférieur opérée avec succès chez un homme âgé de 53 ans. Cette tumeur, considérée d'abord comme un ostéo-sarcome, s'est trouvée être une tumeur épithéliale quand on en a pratiqué l'examen histologique.

M. de Ranse : Pourra-t-on faire porter à cet opéré un appareil prothétique?

M. Polaillon : Certainement, mais plus tard.

M. Duroziez : L'absence de ganglions ne devait-elle pas faire exclure l'idée de sarcome?

M. de Beauvais : Chez l'opéré de M. Polaillon, l'état général était resté excellent, il n'y avait aucune trace d'infection. Cependant, n'est-il pas étonnant que l'épithélioma se soit développé sans ganglions?

M. Polaillon : J'ai cherché les ganglions; il n'y en avait pas d'appréciables. En enlevant la tumeur, j'en ai pourtant trouvé un, volumineux et altéré, à la partie inférieure. La tumeur était enkystée : il est probable que le ganglion tenait à l'ulcération de la tumeur.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## FORMULAIRE

Traitement de la diarrhée verte du premier age. — Hayem.

Dans le cas de troubles gastro-intestinaux des jeunes enfants avec diarrhée verte, l'auteur administre l'acide lactique, sous forme de solution à 2 p. 100, à la dose d'une cuillerée à café, un quart d'heure après la tétée. Il en fait prendre 5 à 6 dans les vingt-quatre heures, ce qui représente à peu près 40 à 60 centigram. d'acide lactique pur. — On peut aussi donner 2 à 3 cuillerées à café du sirop suivant : Acide lactique 2 grammes, sirop simple 98 grammes, essence de citron 1 goutte.

S'il existe des vomissements, on les voit cesser dès les premières prises; puis le nombre des garde-robes diminue, en même temps que les matières perdent leur coloration verte pour devenir jaunâtres. Afin d'éviter les rechutes, on éloigne du malade toutes les pièces de linge souillées par les matières vomies et surtout par les selles. On a soin de plonger ces linges dans un baquet contenant une solution de sublimé au millième.

N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'hypnotisme a Odessa. — Le général-gouverneur d'Odessa vient de prendre une décision en vertu de laquelle les médecins de cette ville qui voudraient appliquer l'hypnotisme, dans un but thérapeutique, sont tenus de se faire assister, à chaque séance, au moins par deux confrères.

Congrès international de physiologie. — Ce congrès, dont l'initiative appartient à la Société anglaise de physiologie, se réunira à Bâle le 10 septembre 1889. Malgré le titre officiel du Congrès on y traitera les questions relatives à l'anatomie, l'histologie, la physique, la chimie, la pathologie expérimentale et la pharmacologie — avec démonstrations et expériences.

## COURRIER

L'hygiène au ministère de l'intérieur. — Le décret qui a rattaché au ministère de l'Intérieur le service de l'hygiène publique, antérieurement au Commerce, est précédé, à l'*Officiel*, d'un rapport signé par les ministres intéressés :

Voici le texte de ce rapport pour ce qui concerne l'hygiène publique. C'est la consécration officielle d'idées et de *desiderata* formulés depuis longtemps par les médecins :

« Il existe entre le service de l'hygiène publique et ceux de l'assistance, récemment centralisés dans une direction nouvelle, une connexité évidente. Ce qui concerne la sauvegarde de la santé publique dépend du ministère du commerce et de l'industrie, et ce qui concerne les hôpitaux, les asiles d'aliénés, la protection des enfants du premier âge, la médecine gratuite dans les campagnes, dépend du ministère de l'intérieur.

« Grâce aux progrès de la science, le point de vue de l'hygiène publique s'est modifié depuis quelques années. On ne concevait autrefois la police sanitaire que comme la défense du territoire contre les maladies exotiques, et ce sont sans doute les intérêts commerciaux engagés dans cette défense qui l'avaient fait confier au ministre du commerce. On sait aujourd'hui que l'on peut défendre la population contre des maladies qui font bien plus de victimes que le choléra. Ce sont les maladies transmissibles. L'on sait aussi que, même contre les maladies pestilentielles, la meilleure sauvegarde est l'assainissement des villes et des habitations. Or, les mesures d'assainissement rentrent, par leur nature même, dans la police municipale, sur laquelle le ministre de l'intérieur peut agir plus efficacement que le ministre du commerce.

« A maintes reprises, la Chambre des députés s'est occupée de la question, Tout récemment, la commission nommée par la Chambre pour étudier la proposition de loi, signée de cinquante députés, « concernant l'organisation de l'administration de la santé

publique », se prononçait à l'unanimité dans le sens de la réunion du service de l'hygiène publique à ceux de l'assistance.

« Des conseils d'hygiène départementaux qui ont délibéré sur la question, la presque unanimité s'est prononcée en faveur du rattachement du service de l'hygiène publique au ministère de l'intérieur.

« Ajoutons, à titre de renseignement, que les services sanitaires dépendent du ministère de l'intérieur en Autriche, en Hongrie, en Russie, en Italie, en Belgique, en Hollande, en Espagne, en Portugal, en Grèce, en Norwège. Ils en dépendent également en Suisse, pour les mesures d'un caractère fédéral; en Allemagne, pour les mesures générales, et dans presque tous les Etats d'Allemagne, pour les mesures particulières à ces Etats. En Angleterre, la direction des services d'assistance et d'hygiène réunis constitue un pouvoir à part, le *Local government Board.*

« Nous estimons, monsieur le Président, qu'il y a lieu de distraire le service de l'hygiène publique du ministère du commerce, de le rattacher au ministère de l'intérieur, de le réunir aux services de l'assistance, et de constituer enfin en France cette direction de la santé publique depuis si longtemps réclamée. »

MUTATIONS DANS LES HÔPITAUX DE PARIS, SERVICES DE CHIRURGIE. — M. Reclus passe de l'hôpital Tenon à l'hôpital Broussais ; M. Félizet de l'hospice d'Ivry à l'hôpital Tenon, service des enfants; M. Richelot de l'hospice de Bicêtre à l'hôpital Tenon ; M. Kirmisson du bureau central à l'hospice d'Ivry ; M. Schwartz du bureau central à l'hospice de Bicêtre.

VAL-DE-GRACE. — Par décision ministérielle, en date du 19 décembre 1888, ont été nommés près l'Ecole du Val-de-Grâce :

Professeur agrégé de chirurgie d'armée (blessures de guerre), M. le médecin-major de première classe Moty.

Professeur agrégé des maladies et épidémies, M. le médecin-major de deuxième classe Antony.

Professeur agrégé d'hygiène et de médecine légale militaire, M. le médecin-major de deuxième classe Burlureaux.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 14 janvier. — *Ordre du jour :* 1. Installation du bureau. — 2. Rapport de la commission des finances. — 3. M. Huchard : Rapport sur la candidature de M. Lesguillon (de Compiègne). — 4. M. Potherat : Traitement des néoplasmes malins du sein (travail de candidature.) — 5. M. Schwartz ; Ostéotomie cunéiforme pour redressement d'un cal vicieux de la jambe. — 6. M. Bureau : Note sur un cas d'hydrocéphalie et sur un cas de grossesse quintuple. — 7. M. Pennel : Sur un cas de môle hydatiforme.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 14 janvier 1889, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Installation du bureau. — 3. Rapport de M. Horteloup, président, sur les travaux de la Société en 1887 et 1888. — 4. Rapport de la Commission chargée de l'examen du projet de revision des statuts, M. Benoît, rapporteur. — 5. Déclaration de vacances, membres titulaires et membres correspondants. — 6. M. Christian ; Compte rendu du livre du M. Riant : « Les irresponsables devant la justice ». — 7. M. Marcel Briant ; Note sur les troubles de la mémoire dans l'empoisonnement par l'oxyde de carbone.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Note sur une nouvelle méthode de traitement applicable aux kystes synoviaux, aux loupes sébacées et, en général, à toutes les tumeurs kystiques de la peau et des régions superficielles.

Par H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais.

La tentative dont je désire exposer sommairement les premiers résultats m'a été inspirée par les recherches que j'ai eu récemment l'occasion de faire sur le lymphome malin et son traitement par les injections interstitielles d'arsenic (1).

Quand on fait pénétrer, à l'aide d'une seringue de Pravaz, de la liqueur de Fowler pure dans le tissu des tumeurs lymphadéniques, on observe, après une ou plusieurs piqûres, un certain degré de réaction locale qui se traduit par de la tuméfaction et un accroissement de sensibilité du ganglion opéré; on est disposé à craindre le développement d'un abcès, mais, si on ne réitère pas l'injection, les choses ne vont pas plus loin : au bout de peu de jours, les phénomènes inflammatoires se dessinent et la tumeur, non seulement revient à ses dimensions primitives, mais subit consécutivement une atrophie qui peut aller jusqu'à sa disparition complète.

Winiwarder, qui a le mieux étudié les effets des injections arsenicales dans la lymphadénie ganglionnaire, explique ce résultat en disant que l'acide arsénieux a la propriété de désagréger les substances albuminoïdes et de produire une sorte de nécrobiose des tissus qui les rend aptes à être résorbés. Cette théorie purement chimique me paraît insuffisante pour rendre compte de l'action si spéciale de l'arsenic dans une certaine forme de lymphome; elle n'explique nullement les faits où l'injection arsenicale pratiquée au cou, par exemple, est suivie de la résorption des ganglions des aisselles. Mais il est incontestable que l'atrophie est plus rapide et plus complète dans les points traités que dans les autres; il n'est pas moins certain qu'une inflammation modérée des glandes paraît favoriser cette atrophie, ce qui est d'ailleurs parfaitement d'accord avec les lois de la résorption des produits morbides en général.

Partant de cette donnée, que l'injection arsenicale détermine une inflammation modérée des tissus, qu'elle n'aboutit pas à la suppuration quand on prend certaines précautions très simples, et qu'elle est souvent suivie d'un processus atrophique, je me suis demandé s'il n'y avait pas là un moyen

(1) Voy. *Gaz. hebdom. de médecine et de chirurgie*, n^os^ 48 et 49, 1888.

commode de traiter certaines tumeurs bénignes, mais gênantes, pour lesquelles on hésite souvent à conseiller une opération chirurgicale.

Le premier cas dans lequel j'ai eu l'occasion d'essayer le procédé est celui d'une jeune fille de 12 ans, atteinte depuis plusieurs mois d'un kyste synovial du poignet (le ganglion classique d'Hippocrate). Ce kyste, gros comme la moitié d'une noix, produisait une difformité très visible; de plus, il gênait notablement certains mouvements, le jeu du piano, par exemple. On avait employé les badigeonnages iodés, les frictions avec diverses pommades résolutives, la compression prolongée, le tout sans aucun succès. Moi-même, je commençai par essayer l'écrasement, auquel je ne réussis pas, la paroi étant fort dure. Comme la malade, et surtout sa mère, insistaient pour qu'on fît quelque chose, je me décidai à pratiquer, avec toutes les précautions que j'ai énumérées ailleurs, une injection de deux gouttes de liqueur de Fowler pure dans la cavité du kyste. L'opération produisit une douleur assez vive, et fut suivie le lendemain d'un peu de gonflement avec tension de la poche; mais bientôt celle-ci commençait à diminuer de volume et, dix jours après, la malade me faisait constater que la petite tumeur qui la contrariait tant avait disparu sans laisser de traces. Il n'y a pas eu de récidive.

Peu de temps après, j'étais consulté par une dame de 30 ans environ pour un kyste sébacé du cuir chevelu, gros comme une cerise qui, lui aussi, avait résisté aux topiques les plus divers, et manifestait une tendance marquée à grossir. J'injectai avec assez de difficulté une seule goutte de liqueur de Fowler. Les mêmes phénomènes se produisirent pour le kyste synovial : inflammation légère et augmentation de volume de la tumeur, puis atrophie graduelle. Mais, soit que l'injection eût été trop faible, soit pour toute autre raison la petite tumeur une fois réduite à la moitié de son volume primitif cessa de diminuer. La malade, craignant qu'elle n'augmentât de nouveau, me pria de réitérer l'injection, ce que je fis, en ayant soin de pousser le piston avec une certaine force, afin de distendre la poche au maximum; la quantité de liquide injectée cette fois fut double à peu près de la première, soit deux gouttes environ. Cette fois le succès fut complet : au bout de moins de quinze jours, la petite loupe avait entièrement disparu.

Depuis cette double expérience, c'est-à-dire depuis un an environ, j'ai recherché toutes les occasions de recueillir d'autres faits. Mais les médecins sont rarement consultés pour des affections de ce genre, surtout dans les hôpitaux généraux, c'est donc seulement d'une manière accidentelle, chez des individus atteints d'autres maladies, que j'ai pu rencontrer des kystes synoviaux ou sébacés et les traiter par l'injection arsénicale. En dehors des deux cas cités plus haut, je n'ai pu réunir que six observations, dont deux de loupes sébacées (une au front et une au cuir chevelu) et quatre de kystes synoviaux (deux au poignet et deux à la face dorsale du pied). Sur ces six cas, il en est quatre (un de la première catégorie et trois de la seconde) qui ont guéri radicalement à la suite d'une seule injection. Chez un cinquième malade, porteur d'un kyste synovial du dos du pied, la petite tumeur, qui avait disparu aussitôt après l'opération (sans doute par effusion de son contenu dans le tissu cellulaire), a reparu au bout de quelques jours, et il a fallu une seconde injection pour la détruire. Le dernier cas a présenté quelques particularités intéressantes à signaler : il s'agissait d'une femme de 70 ans, arthritique et obèse, qui portait depuis plusieurs

années au front une loupe à développement lent, ayant atteint, quand je la vis, le volume d'une grosse noix. La malade, très ennuyée de cette difformité, mais redoutant une opération sanglante, se prêta volontiers à subir l'injection arsénicale; celle-ci fut pratiquée de la façon habituelle, seulement, en raison de la tension du kyste, il fallut, pour faire pénétrer la liqueur de Fowler, pousser le piston de la seringue avec une certaine force.

Une sensation de brûlure assez intense succéda à l'opération, et la douleur, au lieu de disparaître en une demi-heure comme dans les autres cas, persista et augmenta même pendant la journée et la nuit suivante. Le lendemain, la malade, très effrayée, m'envoya chercher en hâte : le front et les paupières supérieures étaient le siège d'une tuméfaction marquée, avec rougeur rappelant un peu celle de l'érysipèle; le kyste sébacé était plus gros de moitié qu'avant l'injection. Du reste, il n'y avait ni fièvre, ni aucun symptôme général; la peau de la partie œdématiée n'était ni dure ni tendue et ne présentait pas de bourrelet; bref, il n'y avait qu'un œdème congestif du tissu cellulaire que j'attribuai à la diffusion de l'arsenic qui, refluant du kyste, s'était répandu dans les tissus sous-cutanés. Ces phénomènes, plus extraordinaires que graves, allèrent en s'accentuant jusqu'au troisième jour, puis s'atténuèrent graduellement. Quant au kyste sébacé, il s'atrophia lentement, puis demeura stationnaire, conservant seulement le tiers de son volume primitif. Il n'a pas bougé depuis, et je suis persuadé qu'une seconde injection suffirait à le faire disparaître, mais je n'ai pu, jusqu'à présent, décider la malade à s'y résoudre.

Sauf ce léger accident (imputable peut-être à la sensibilité spéciale de la région, peut-être aussi au tempérament de la malade, chez laquelle les phénomènes vaso-moteurs sont d'une intensité exceptionnelle), je n'ai vu jusqu'ici aucun inconvénient résulter de la méthode que je préconise. Pour l'employer sans danger, il faut, toutefois, observer plusieurs précautions. D'abord, on ne néglige rien pour assurer l'asepsie, tant de l'instrument que de la solution injectée (voir le manuel opératoire dans notre travail déjà cité). En second lieu, on n'opérera pas les tumeurs dont la nature est douteuse, ni surtout celles qui semblent disposées à suppurer : dans un tissu qui renferme des micro-organismes pyogènes; dans un ganglion tuberculeux, par exemple, il suffit souvent d'une seule goutte de liqueur de Fowler pour provoquer la formation d'un abcès; or, la principale supériorité de notre méthode doit être précisément d'amener l'atrophie *sans suppuration;* elle n'offrirait donc plus aucun avantage dans les cas où celle-ci est inévitable.

En dehors de ces circonstances, qui sont rares, nous croyons qu'on pourra employer avec succès l'injection arsenicale, non seulement dans les diverses espèces de kystes cutanés ou sous-cutanés, mais encore dans d'autres espèces de tumeurs, telles que les fibromes, les myomes de la peau, et peut-être même les lipomes de petit volume. C'est pour provoquer des recherches dans cette direction que nous nous sommes décidé à publier cette note, malgré le petit nombre des faits dont nous disposons.

Les affections auxquelles s'applique l'injection arsénicale sont, à la vérité, très bénignes et d'ailleurs justiciables d'autres méthodes de traitement, mais tous les chirurgiens savent combien de malades hésitent à subir une opération pour les petites difformités de ce genre, si grand que soit leur désir d'en être débarrassés. Notre procédé a précisément l'avantage de

n'être pas une opération véritable; le manuel opératoire en est fort simple, le traumatisme à peine plus sérieux que celui d'une injection de morphine. Quant à la douleur, elle est ordinairement peu prolongée, et on pourrait la diminuer encore dans de notables proportions en ajoutant à la solution de Fowler 1 ou 2 pour 100 de chlorhydrate de cocaïne, comme je l'ai fait récemment avec succès pour les injections intra-glandulaires.

---

**Observations générales**

**sur le projet d'adoption d'une langue scientifique internationale (1).**

V

Nous repoussons d'autant plus cette création, que nous possédons une langue remplissant, à peu de chose près, les conditions voulues.

Cette langue, véritablement scientifique, sur le point de devenir universelle parmi les savants, c'est le français, admirable par sa simplicité, sa clarté et sa limpidité, sa souplesse; c'est le français, langue facile à parler et à écrire, et que la simplification seule des règles de l'orthographe rendrait parfaite; c'est le français, dont la plupart des termes scientifiques, dérivés du latin et du grec, sont d'une facile compréhension.

Tel doit être le but de nos efforts : *l'adoption du français,* et voilà pourquoi nous avons le devoir de nous présenter devant le Congrès de 1889 pour défendre notre thèse.

Le latin et le grec, si éminemment utiles à la confection des mots scientifiques, ne peuvent être employés; ce sont des langues mortes, à la syntaxe hérissée de difficultés et ne répondant pas aux exigences actuelles de la science. Il est d'ailleurs plus aisé d'écrire clairement et avec élégance le français que le latin.

L'espagnol, et surtout l'anglais, d'une simplicité relative, ne possèdent pas une prononciation fort commode; dans tous les cas, si, au point de vue commercial et industriel, ces langues répondent à des besoins évidents et sont usitées sur de nombreux points du globe, elles sont moins connues du public savant; cette dernière observation n'est pas à dédaigner et peut être présentée à propos des langues slaves, qui, elles aussi, jouissent d'une prononciation ardue avec leur entassement de consonnes, leurs aspirées et leurs mouillées; leur grammaire, d'autre part, ne laisse pas d'être compliquée, et les Russes paraissent autant tenir à leurs caractères archaïques que les Allemands à leurs signes gothiques.

L'allemand, aux constructions de phrases si entortillées, à la prononciation trop fréquemment gutturale et dure, aux déclinaisons semées d'exceptions, etc., l'allemand, langue de peu de précision, propre au vague philosophique, ne se prête pas aisément non plus à l'expression simple des idées scientifiques

Le français seul répond à la plupart de nos desiderata comme simplicité, clarté et précision; c'est la véritable langue de la prose. Pas de déclinaisons, conjugaisons faciles, inversions rares et toujours claires; les étrangers réussissent sans effort à le parler et à l'écrire avec une certaine pureté. N'est-ce pas la véritable langue des savants qui veulent avant tout la clarté et la netteté, sans jamais tenir le lecteur perplexe sur le sens des proposi-

(1) Suite et fin. — Voir le dernier numéro.

tions? Est-il, en effet, possible de trouver plus de précision dans l'expression de la pensée, qui se déroule simplement selon le cours des idées? et, avec l'aide du latin et du grec, la langue française ne se prête-t-elle pas à la désignation de tout ce qui touche à la science?

Peu de savants l'ignorent; elle est familière aux diplomates et à la plupart des politiciens; son étude ne peut donc pas constituer une aggravation de labeur, car elle est absolument nécessaire dans bien des circonstances, en dehors de la science.

Considérons aussi le rôle de la France dans l'œuvre de la civilisation et la valeur de ses hommes de science, pour ne pas dire leur supériorité; faisons le compte des savants et des médecins étrangers sortis de ses écoles; en Egypte, en Turquie, en Grèce, en Roumanie, en Serbie, aussi bien qu'en Russie et en Pologne, ils sont rares ceux qui ne comprennent pas le français; nous ne pensons pas que les Italiens et les Espagnols en trouvent l'étude trop sévère; les Belges et une grande partie des Suisses le possèdent comme langue nationale; au Canada, ainsi que dans nos colonies anciennes ou présentes, il est parlé assez couramment; beaucoup d'Allemands en font une étude approfondie; enfin, dans plusieurs pays étrangers paraissent des journaux et des revues rédigés en français.

Aussi, en présence de ces faits, n'allons pas de gaieté de cœur détruire une prépondérance acquise; notre langue, au point de vue scientifique, ne demande qu'à s'affirmer, à se développer, à devenir universelle à cause de la qualité des œuvres françaises et parce que les étrangers, malgré notre abaissement politique, viennent volontiers chercher en France la consécration de leur talent ou de leur gloire.

## VI

D'autres motifs militent encore en faveur du français. C'est la langue diplomatique : elle a eu le bonheur d'être choisie, peut-être par suite de notre puissance politique plus ou moins passée, mais aussi, ne l'oublions pas, à cause de ses qualités intrinsèques indéniables. Perdrait-elle donc ces qualités en passant dans le domaine scientifique international? Si on lui substitue une autre langue naturelle ou artificielle, n'est-il pas à craindre que les diplomates étrangers ne profitent de l'exemple pour créer un langage spécial ou pour remplacer notre langue par une autre; l'allemand, par exemple?

A côté de ces considérations de fait et de droit, nous pouvons également invoquer un argument d'ordre moral pour prier nos confrères de voter, au futur Congrès, en faveur du français ou de maintenir le *statu quo*.

Ce qui fait l'unité d'une nation, ce n'est pas la communauté d'origine, car, à ce compte, la France n'existerait pas, l'Allemagne ne serait pas faite, la Russie et l'empire austro-hongrois ne se débattraient pas avec la question polonaise ou slave.

L'unité d'une nation, à part la communauté des intérêts, est constituée surtout par l'unité de langue; voilà pourquoi Celtes et Germains, Grecs et Latins ont formé la grande unité française; voilà pourquoi le gouvernement allemand, à défaut de communauté de race, s'efforce d'imposer l'unité de la langue.

Quiconque oublie la langue de ses pères cesse de faire partie de la patrie commune. Le Lorrain n'appartiendra plus à la France, le Posnanien ne sera plus Polonais, quand, ayant délaissé la langue nationale, il ne parlera

plus que l'allemand. Les peuples qui aujourd'hui revendiquent leur nationalité, comme les Silésiens, les Serbo-Lusaces, les Tchèques, pour ne citer que ceux-là, commencent par faire revivre les écrits nationaux, par revendiquer l'usage de la langue nationale, la substituant à celle du vainqueur.

Et les Français iraient, surtout dans les circonstances actuelles, où ils doivent faire arme de tout, se déshabituer de l'étude de leur langue et enseigner à leurs enfants des langues soi-disant utilitaires! Il n'est pas malaisé de comprendre que, le jour où le commerçant et l'industriel pourront, pour leurs intérêts, ne se servir que du volapük et de l'anglais ou de l'espagnol, par exemple, ils négligeront l'étude du français, qui deviendrait aussi inutile au savant, au diplomate, etc. La langue maternelle cessant d'être nécessaire, on sera prêt au sacrifice de la patrie, car on ne s'attache au sol natal que par la somme des avantages qu'on en retire; la langue reste un des plus précieux de ces avantages.

Les idées d'humanité ont de quoi nous charmer, mais pourquoi ne pas les favoriser par la dispersion de la langue française, gardant ainsi intactes les traditions nationales et développant notre influence?

En fait, les conditions de la vie moderne ont déjà assez de tendance à relâcher l'idée de patriotisme pour ne pas encore l'affaiblir à propos de science; plus que jamais, au contraire, nous devons tenter de la relever en montrant l'utilité de la langue française. Il s'agit de l'intégrité de notre patrimoine, aussi bien que de notre prépondérance, au moins intellectuelle, en Europe.

La langue française est comprise de la plupart des savants; nos écoles et nos hommes de science sont loin de reculer devant le progrès; pourquoi de nous-mêmes proposer notre amoindrissement? Pourquoi signer notre déchéance morale et intellectuelle?

Chauvinisme! dira-t-on; mais chauvinisme ayant pour lui les droits acquis et la logique des faits. Les médecins constituent une partie de l'élite de la société; à eux de donner l'exemple de ce chauvinisme, que nos voisins essayent avec raison de développer chez eux.

VII

Ainsi, adversaires de la création d'une langue scientifique internationale, convaincus de la supériorité de la langue française, dont l'usage tend à s'universaliser par une évolution naturelle, que les médecins, au Congrès annoncé pour 1889, s'opposent à l'adoption d'une langue autre que le français.

C'est pourquoi nous invitons nos confrères à se rallier aux conclusions suivantes :

« Les médecins français ne reconnaissent pas le caractère d'urgence du « projet de la Société philosophique américaine, mais, désireux de rendre « les rapports entre les savants des divers pays plus fréquents et plus « intimes, s'associent en partie à son vœu, et demandent que la langue « française, vu ses qualités de simplicité, de clarté, de précision, vu le fait « de sa plus grande généralisation dans le monde scientifique, soit adoptée « comme langue scientifique internationale. »

---

## BIBLIOTHÈQUE

Les irresponsables devant la justice, par le docteur Riant.
J.-B. Baillière et fils, édit. — Paris, 1888.

En présence de la tendance chaque jour croissante à vouloir trouver dans les affaires criminelles de nouvelles exceptions au principe de la responsabilité morale, le nombre des irresponsables s'accroît à toute heure. Il y a là un grave danger qu'il est bon de signaler. De cet état de choses, en effet, résulte un affaiblissement de la répression, et quand la répression faiblit, le crime s'enhardit, s'étale effrontément, on pourrait même dire, fait école. Le docteur Riant a voulu chercher si cette tendance à innocenter les coupables était fondée, et il a tenté de faire la démonstration scientifique de l'irresponsabilité. Dans un livre très bien étudié, notre confrère a passé successivement en revue les aliénés, les épileptiques, les hystériques, les instinctifs, les passionnels, les hypnotisés, les suggestionnés, les alcooliques, les morphinomanes, les héréditaires..., etc., etc., faisant à chacun la part qui lui était raisonnablement due. Un dernier chapitre esquisse les règles pratiques pour les médecins experts, les avocats et les juges, et complète heureusement un travail qu'on lira avec intérêt et avec fruit. — Dr Moreau (de Tours).

## REVUE DES JOURNAUX

**Le spasme glottique d'origine nasale, par le docteur A. Ruault.** — *Conclusions* : I. Certaines lésions de la muqueuse des fosses nasales, telles que les polypes muqueux et la rhinite hypertrophique, peuvent provoquer, par voie réflexe, des accès répétés de spasme de la glotte. qui dans certains cas se sont montrés assez graves pour nécessiter la trachéotomie.

II. Ces accès de dyspnée laryngo-spastique peuvent se renouveler pendant très longtemps, quelquefois vingt ans et plus, ne céder à aucune médication et guérir en très peu de temps par le traitement de l'affection intra-nasale dont ils dépendent.

III. Les femmes, et particulièrement les hystériques, paraissent prédisposées à cette affection. Mais celle-ci peut se montrer également chez des individus des deux sexes ne présentant pas et n'ayant jamais présenté de symptômes d'hystérie.

IV. Le spasme glottique d'origine nasale peut atteindre les enfants aussi bien que les adultes.

V. En même temps que le spasme glottique, on peut observer le spasme bronchique généralisé ; et quelquefois, en dehors des accès, on voit persister pendant longtemps un état spasmodique plus ou moins accentué de tout l'arbre respiratoire.

VI. Les troubles de la voix dus à des spasmes phoniques du larynx sont également une complication fréquente de la maladie en dehors des accès.

VII. Le pronostic est très bon quand l'origine de l'affection est reconnue, mauvais dans le cas contraire.

VIII. Le diagnostic se fait d'abord par exclusion des autres causes connues de spasme glottique, puis par l'anamnèse et l'examen rhinoscopique complété à l'aide du toucher par la sonde et de l'épreuve de la cocaïne.

IX. Le traitement de l'accès, quand il est grave, consiste à essayer l'action de la cocaïne en badigeonnage intra-nasal, à administrer le chloroforme, et enfin à ouvrir la trachée si l'existence du malade est menacée.

X. Le traitement de la maladie n'est autre que le traitement de l'affection nasale qui en est la cause. *(Archives de laryngologie.)*

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

M. Terrillon expose dans un discours applaudi l'état moral de la Compagnie.

— M. Monod lit le compte rendu des travaux de l'année 1888.

— M. le Secrétaire général prononce l'éloge de M. Giraud-Teulon.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 janvier 1889. — Présidence de MM. Siredey et Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *Enquête sur les traitements de la fièvre typhoïde. — Pleurésies métapneumoniques — Pleurésie pneumococcique. — Crises gastriques non tabétiques.*

A propos du procès-verbal de la précédente séance, M. Merklen a proposé qu'une enquête fût faite par la Société sur les résultats obtenus dans le traitement de la fièvre typhoïde dans les hôpitaux de Paris en 1888 par les diverses méthodes usitées. Sur la demande de M. Féréol l'enquête devra porter sur une plus large, statistique c'est-à-dire les résultats de 1888 et 1889. La commission chargée de l'enquête se compose de MM. Féréol, Rendu, Gérin-Roze, Merklen, Moizard, Troisier et Juhel-Rénoy.

— M. Siredey a, suivant l'usage, terminé sa présidence par une allocution où il a résumé les travaux de la Société pendant l'année écoulée. Il a fait part officiellement à ses collègues de la reconnaissance d'utilité publique qui vient enfin d'être accordée à la Société médicale des hôpitaux et, comme pour l'obtention de cette faveur, M. de Salverte, membre du Conseil de surveillance de l'Assistance publique, maître des requêtes au Conseil d'Etat, a appuyé très utilement la Société, celle-ci lui décerne, sur la proposition de M. Féréol, le titre de membre honoraire.

— M. Troisier rappelle qne, d'après Woillez, la pleurésie qui survient assez souvent après la défervescence et pendant la résolution de la pneumonie (pleurésie métapneumonique) est grave, insidieuse et habituellement purulente. M. Troisier pense qu'elle est séro-fibrineuse, bénigne et courte plus souvent que cet auteur ne l'a dit. Dans trois cas, il a vu l'épanchement se résorber en quinze à vingt jours, et dans un cas où la pleurésie métapneumonique était purulente avec allures infectieuses, la guérison survint après une thoracentèse et trois vomiques.

Comme l'endocardite et la méningite, la pleurésie en pareil cas est une complication infectieuse de la pneumonie, que l'épanchement soit séro-fibrineux ou purulent et contenant des pneumocoques, ainsi que Netter l'a démontré en 1887 (Soc. anat.).

M. Rendu rappelle que Gubler considérait comme presque constante l'existence d'un léger exsudat pleurétique se terminant promptement par résolution au cours de la pneumonie. M. Rendu a presque constamment vérifié l'exactitude de cette affirmation. Mais les pleurésies purulentes qui surviennent au cours des pneumonies s'installent insidieusement, ne donnant lieu souvent qu'à des signes objectifs insignifiants. Aussi est-il bon de faire, vers le dixième jour de la pneumonie, une ponction exploratrice quand on peut soupçonner la possibilité d'une pleurésie; car, si cette ponction ramène du pus, l'empyème pratiqué de bonne heure amène généralement la guérison en cinq ou six semaines.

M. Comby inclinerait à penser, d'après les cas qu'il a vus, que Woillez n'avait pas tort de considérer comme graves les pleurésies consécutives à la pneumonie; mais, si l'épanchement est souvent alors purulent, la pleurotomie précoce et rigoureusement antiseptique en rendra le pronostic peu grave.

M. Hayem a vu guérir, après une seule ponction qui retira un litre et demi de pus, une pleurésie métapneumonique survenue chez une nouvelle accouchée. Dans la puerpéralité même, la gravité n'est donc pas toujours la règle.

M. Netter rappelle que le terme de pleurésie métapneumonique, employé pour la première fois par Gerhardt, est préférable à celui de pneumo-pleurésie que Woillez avait proposé. D'après 316 observations, dont 6 personnelles, M. Netter retrace les caractères de ces pleurésies. L'épanchement est le plus souvent purulent quand il est un peu considérable. L'empyème métapneumonique diffère des autres pleurésies purulentes non seulement par son étiologie, mais par les caractères spéciaux de la marche et du pronostic, des symptômes et des lésions.

Succédant surtout aux pneumonies longues et graves, plus fréquent au-dessous de 30 ans, et dans les pays du Nord, l'empyème métapneumonique se montre par séries qui coïncident avec des séries de pneumonies graves. Le pus est remarquable par sa densité, sa viscosité, sa couleur verdâtre. Il contient des débris des fausses membranes fibrino-purulentes qui, accolées aux parois thoraciques, peuvent cloisonner la cavité pleurale. Le poumon, généralement peu altéré, récupère rapidement ses fonctions physiologiques quand l'épanchement a été évacué.

La pleurésie purulente peut survenir soit avant la fin de la pneumonie, soit après sa résolution, après une apyrexie plus ou moins complète de plusieurs jours. Son début est rarement solennel. La fièvre n'a pas le caractère intermittent pyohémique. La pleurésie métapneumonique est souvent partielle, limitée au sommet, à la base, à un espace interlobaire. Elle peut se terminer par résolution, mais, le plus souvent, par une vomique, qui se produit vers la fin du premier mois, généralement sans pneumothorax consécutif, et amène la guérison. L'ulcération des parois thoraciques et la production d'un empyème de nécessité n'est pas plus fréquente dans cette variété que dans les autres pleurésies purulentes. Les traitements qu'on met en œuvre ont pour but d'évacuer le pus. Quels qu'ils soient, ils sont presque toujours suivis de guérison. La pleurotomie, pratiquée par les mêmes opérateurs, réussit beaucoup mieux pour les pleurésies métapneumoniques que pour les autres.

La bénignité relative qui caractérise surtout la pleurésie métapneumonique trouve son explication dans la nature des organismes spécifiques qui lui donnent naissance et ne sont pas ceux de la suppuration ordinaire. C'est, en effet, le pneumocoque, le microbe même de la pneumonie, qu'on trouve dans l'épanchement de la pleurésie métapneumonique. Or, le pneumocoque ne produit pas d'ordinaire de lésions profondes. Sa vie est courte dans le corps humain comme dans les tubes à cultures. On peut trouver d'autres micro-organismes en même temps que le pneumocoque, et même celui-ci peut avoir disparu au moment où se fait l'examen. Mais quand il y a des microbes autres que le pneumocoque, le traitement doit être autre que si le pneumocoque existe seul dans l'épanchement. Dans ce dernier cas, une ou deux ponctions suffiront pour guérir. Dans le premier, il faut faire la thoracotomie sans tarder.

Ce qui est vrai pour l'empyème métapneumonique à pneumocoques l'est aussi pour l'empyème primitif pneumococcique, dont M. Netter a démontré l'existence. Cet observateur a recueilli personnellement 10 cas de pleurésie purulente où existaient des pneumocoques sans que le poumon eût été atteint. Ces pleurésies purulentes, pneumococciques, primitives s'observant surtout chez les enfants, on s'explique la bénignité de la pleurésie purulente chez eux.

M. Rendu doute que les pneumocoques puissent pénétrer directement dans la plèvre sans avoir passé par le poumon. Il lui paraît plus probable que le foyer d'inflammation pulmonaire primitif étant très petit aura passé inaperçu, chez les enfants surtout.

M. Netter, tout en concédant que la pleurésie à pneumocoques primitive et sans pneumonie est exceptionnelle, en maintient la réalité.

— M. Debove a observé des crises gastriques tout à fait analogues à celles de l'ataxie locomotrice chez deux individus qui ne sont pas atteints de cette maladie. Il présente l'un de ces malades qui est âgé de 56 ans et forgeron.

En 1880, cet homme subit un traumatisme sur le thorax et reste deux heures sans connaissance, bien qu'il n'ait pas eu de fracture. Deux ans plus tard débutent des crises gastriques, dans l'intervalle desquelles il n'éprouve que quelques troubles insignifiants de l'estomac et une certaine faiblesse (neurasthénie traumatique).

Chaque crise dure trois à six jours. Elle est caractérisée par une douleur atroce qui paraît correspondre au pylore, et s'irradie entre les épaules. Elle est accompagnée de vomissements très abondants, alimentaires, bilieux et muqueux.

Le ventre est rétracté, la constipation absolue, le visage cyanosé, la voix éteinte, il y y a des crampes dans les membres et l'aspect du malade fait croire à une mort imminente.

Ces crises reviennent tous les deux, trois ou quatre mois. Dans les intervalles, intégrité presque complète des fonctions de l'estomac comme dans l'ataxie locomotrice. Mais, chez ce malade, les réflexes tendineux sont normaux depuis quatre ans que les crises existent, ce qui élimine l'idée d'un tabès latent. Ecartant aussi l'idée de l'ulcère et du cancer de l'estomac, des crises hépatiques et néphrétiques, M. Debove soulève l'hypothèse d'une névralgie de l'estomac intéressant le pneumogastrique ou le sympathique. Le syndrome cholériforme (cyanose, crampes, rareté des urines) tient évidemment à la déperdition d'eau, comme dans le choléra ; mais la perte de liquide se fait alors par les vomissements et non pas les évacuations alvines. — P. L. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les bonnes et les mauvaises chances dans la profession médicale. — Le *British Med. Journ.* essaie de prévoir quel sera l'avenir des 668 jeunes gens entrés cet automne dans les écoles de médecine de l'Angleterre.

Il se base pour cela sur les recherches statistiques publiées en 1869 par sir James Paget sur 1,000 de ces élèves dont la carrière ultérieure lui était bien connue.

On voit dans cette statistique de James Paget que pour ces 1,000 étudiants le succès avait été :

Très brillant pour 23, soit 2,3 p. 100 ; assez brillant pour 66, soit 6,6 p. 100 ; Médiocre pour 507, soit 50,7 p. 100 ; très médiocre pour 124, soit 12,4 p. 100 ; nul pour 96, soit 9,6 p. 100.

Ces 96 derniers furent obligés d'abandonner la profession.

Sur les 1,000 étudiants du début 87 moururent pendant les dix premières années de leur carrière (soit 8,7 p. 100), et 41 au cours même de leurs études (soit 4 p. 100).

M. Field, directeur de l'Ecole médicale près l'hôpital Sainte-Mary, est arrivé à des résultats à peu près semblables.

Sur 716 étudiants sortis de cette Ecole, 17 ont abandonné la carrière médicale, 171 ont été complètement perdus de vue, 64 sont morts et 12 n'ont réussi à se créer aucune position. Le nombre de ceux qui exercent actuellement la médecine est de 453 (ou 63,2 p. 100), dont 34 seulement (soit environ 5 p. 100), ont réussi à acquérir une grande renommée et une brillante position.

## COURRIER

Association française pour l'avancement des sciences. — Les conférences de l'*Association française* auront lieu cette année, dans le palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et 14, rue des Poitevins, aux dates suivantes :

19 janvier, M. Chambrelent. — *Les landes de Gascogne.*

26 janvier, M. Pierre de Coubertin. — *Les exercices physiques dans l'éducation.*

2 février, M. le docteur Richelot. — *Les tendances de la chirurgie moderne.*

9 février, M. le docteur de Lanessan. — *L'empire d'Annam, son organisation sociale et politique.*

16 février, M. Henry Sagnier. — *La reconstitution des vignobles.*
23 février, M. A. Cornu. — *Les phénomènes optiques de l'atmosphère.*
2 mars, M. Gaston Tissandier. — *Science et patrie.*
9 mars, M. le docteur Chervin. — *Histoire statistique de la population française.*
16 mars, M. Lodin — *L'acier.*
23 mars, M. Félix Hément. — *L'enseignement scientifique à l'Ecole primaire.*
30 mars, M. A. Londe. — *L'évolution de la photographie.*
6 avril, M. Banderali. — *La vitesse des trains express et ses conséquences techniques.*

— Les conférences de l'Association française pour l'avancement des sciences, faites à Paris pendant l'année 1889, auront lieu dans l'amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente et, 14, rue des Poitevins, les samedis à huit heures et demie très précises du soir. Elles commenceront le samedi 19 janvier, et seront au nombre de douze.

Les membres de l'Association qui désirent assister à ces conférences sont priés de retirer leurs cartes au secrétariat, 14, rue des Poitevins, de neuf heures du matin à cinq heures du soir.

Les membres fondateurs et les membres perpétuels auront droit à des places réservées, en les demandant, pour la conférence à laquelle ils désirent assister, dans les six jours précédant cette conférence. La demande devra donc être renouvelée toutes les semaines si l'on désire assister à toutes les conférences. On disposera de ces places réservées, si elles ne sont pas occupées dix minutes avant l'ouverture de la séance.

Pour cette année, deux personnes seront admises sur la présentation d'une seule carte.

Des cartes d'abonnement sont délivrées aux personnes qui ne sont pas membres de l'Association, au prix de 5 francs pour la série des conférences de 1889.

Des cartes gratuites, valables pour une séance, seront délivrées au secrétariat dans la semaine qui précédera chaque conférence ; elles seront accordées de préférence aux personnes dont les demandes seront appuyées par un membre de l'Association.

On ne sera admis dans la salle de la conférence que sur la présentation des cartes spéciales délivrées cette année.

Un certain nombre de cartes déposées chez le concierge de la Faculté de médecine seront à la disposition des étudiants.

Première conférence : samedi, 19 janvier, à huit heures et demie du soir, « Les Landes de Gascogne », par M. Chambrelent, ancien inspecteur général des ponts et chaussées.

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de novembre dernier, 107 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur ; sur ce nombre :

14 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;
68 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
25 ont été mordues par des animaux suspects de rage.
Les animaux mordeurs ont été : Chiens, 101 fois ; chats, 6 fois.
Aucune nouvelle de décès n'est parvenue à l'Institut Pasteur.

Asiles d'aliénés. — M. le docteur Rouillard, chef de la clinique des maladies mentales, est nommé médecin adjoint de l'Asile Sainte-Anne et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 fr.).

M. le docteur Nolé, médecin adjoint de l'Asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin adjoint à l'Asile de Braqueville (Haute-Garonne), en remplacement de M. le docteur Barandon, démissionnaire. Il est maintenu dans la classe exceptionnelle de son grade (4,000 fr.).

Erection d'un monument a Daviel. — Le Comité de souscription pour l'érection d'un monument à la mémoire de Jacques Daviel, l'inventeur de l'opération de la cataracte par extraction, s'est réuni à Paris, le 22 décembre 1888.

Il a été décidé, dans cette réunion : 1° que le monument serait élevé à Bernay (Eure), chef-lieu de l'arrondissement dans lequel Daviel est né ; 2° que la souscription resterait ouverte.

Une commission a été, dès à présent, nommée pour s'occuper de l'exécution du monument.

Elle se compose de MM. les docteurs Panas, président du Comité; Brun, trésorier; Horteloup, secrétaire; de M. Puel, maire de Bernay, et de M. Le Renard-Lavallée, membre du Comité et secrétaire de la Société libre de l'Eure (section de Bernay).

Le Comité fait de nouveau appel au public. Il espère que, grâce au concours qu'il voudra bien lui donner, il lui sera permis de rendre au grand chirurgien un hommage digne des services dont la science et l'humanité lui sont redevables.

Les souscriptions sont reçues :

A Paris, chez M. le docteur Brun, trésorier, rue d'Aumale, 23, et au siège du Comité, chez M. le docteur Horteloup, rue de la Victoire, 76;

A Rouen, aux bureaux de la *Normandie Médicale*, chez M. le docteur Cenré, rue de Buffon, 45 *bis*, et chez M. le docteur Gaudran, rue Saint-Patrice, 65 *bis*;

A Bernay, à la mairie, et chez M. Le Renard-Lavallée.

— Par décret, en date du 5 janvier 1889, le service de l'hygiène publique est distrait du ministère du Commerce et de l'Instrustrie et transféré au ministère de l'Intérieur.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 janvier 1889, la chaire de médecine légale de la Faculté de médecine de Nancy est déclarée vacante.

— Nous recevons avis de la suspension provisoire de publication de la *Gazette de Gynécologie* par suite du mauvais état de santé actuel de son rédacteur en chef.

Le docteur P. Ménière a dû pour le même motif fermer son importante clinique hospitalière de la rue du Pont-de-Lodi et se limiter jusqu'à nouvel ordre à la clientèle de ville.

Nécrologie. — MM. les docteurs Reignier (de Moulins); Pearigault (de Vernantes); Le Mat (de Begard); George (de Flavigny-sur-Moselle); Duval (de Gournay).

Hôpitaux de Rouen. — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Halipré, Sorel, Lenormand, Bouju (Théoph.), Gofestre et Pauchet.

— L'Association américaine pour l'étude et le traitement de l'ivrognerie a proposé un prix de 100 dollars (500 fr.) pour le meilleur travail sur les altérations pathologiques dans l'alcoolisme chronique. Ce travail doit être accompagné de préparations histologiques, de dessins et de microphotographies. Sont aussi admis à concourir les travaux basés sur des expériences sur les animaux.

On est prié de répondre aux deux questions suivantes :

1° Y a-t-il des altérations pathologiques des tissus dans l'alcoolisme chronique ?

2° Si ces altérations existent, sont-elles spécifiques pour l'alcoolisme? Des observations cliniques authentiques devront être envoyées. Elles seront choisies de façon à pouvoir exclure toutes les complications, comme par exemple la syphilis.

Les travaux, munis d'une devise, doivent être adressés, avant le 1er octobre 1889, au président de la Société, M. W. H. Bates, 175 Remsen Street Brooklyn à New-York.

— Le concours pour l'emploi de médecin-adjoint des asiles d'aliénés de la circonscription de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Chaumier et Bartoneuf.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Les jeudis de l'hôpital Saint-Louis.

*Céphalées syphilitiques. — Alopécie syphilitique pseudo-peladique. — Mue physiologique. — Hérédité syphilitique. — Syphilis mutilante. — Roséole syphilitique durant trois ans. — Chancres extra-génitaux. — Erythème multiforme blennorrhagique. — Traitement de la tuberculose cutanée. — Etats ichthyosiques. — Etiologie du zona.*

Aux étudiants désireux d'acquérir le plus rapidement possible des connaissances pratiques en dermatologie, nous signalons les réunions si intéressantes que tiennent chaque jeudi, dans l'amphithéâtre du professeur Fournier, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. E. Besnier, Vidal, Hallopeau, Quinquaud, Tenneson. Chacun des chefs de service amène un ou plusieurs malades de son service digne d'attirer l'attention par les caractères insolites des lésions qu'il présente ou par la difficulté d'établir même un diagnostic. M. Lailler, le doyen respecté de nos maîtres en dermatologie, conservateur du musée, préside la séance et donne la parole d'abord au présentateur du malade, ensuite à ceux de ses collègues qui désirent, soit contester le diagnostic, soit rapprocher des faits analogues. D'autres médecins des hôpitaux qui s'intéressent particulièrement à la der-

## FEUILLETON

### L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE (1).

Nous voici arrivés à l'événement le plus important dans l'histoire de la chirurgie moderne, à la création de l'Académie de chirurgie. Vous pouvez apprécier l'opportunité de cette création et ses causes; les principaux auteurs sont Mareschal et Lapeyronie.

L'institution d'une Académie parmi les chirurgiens parisiens eut lieu le 12 décembre 1731. Elle tint sa première séance le 18 décembre de la même année, sous la présidence de Mareschal; une liste de 70 membres fut présentée, Jean-Louis Petit fut désigné comme directeur et Morand comme secrétaire. En 1739, les statuts furent renouvelés, le nombre des maîtres résidants fixé à 60, sans compter les officiers; le 3 mai 1742 eurent lieu des élections nouvelles. Mais l'Académie, jusqu'en 1748, n'eut pas d'existence légale, elle portait le titre de Société académique des chirurgiens de Paris. Devenue, en 1748, l'Académie royale de chirurgie, elle reçut des statuts définitifs le 18 mars 1751.

Mareschal et Lapeyronie ont eu pour successeur La Martinière, qui présida l'Académie de chirurgie pendant trente-six ans; j'ai a vous parler de Morand, de Quesnay, et sur-

(1) Suite. — Voir le numéro du 8 janvier 1889.

matologie, MM. Brocq, Comby, des chefs de clinique passé et présents, Barthélemy, Morel-Lavallée, Feulard, apportent aussi l'appoint de leur compétence.

Nous ne pouvons mieux faire, pour donner une idée de la riche source d'instruction qu'offre cette mise en commun des cas les plus curieux de cet unique hôpital, que de citer quelques-unes des questions qui ont été soulevées dans les deux dernières réunions, et nous continuerons à tenir nos lecteurs au courant de ces intéressantes séances hebdomadaires.

La syphilis tient toujours une grande place dans les problèmes qu'ont à résoudre les médecins de Saint-Louis.

La *céphalée syphilitique* peut revêtir la forme de névralgie du trijumeau. Elle est alors très pénible et résiste aux traitements spécifiques. M. Quinquaud a réussi pourtant à la faire disparaître par l'atropine et la teinture de gelsemium. Elle est, dans certains cas, rebelle à tout traitement (Besnier). Il y a intérêt, au point de vue clinique, à établir des distinctions entre les diverses formes de céphalée dont peuvent être affectés les syphilitiques (Fournier). Outre la céphalée *névralgiforme* avec les points douloureux spéciaux de la prosopalgie, il y a la *céphalée neurasthénique* avec la douleur en casque, survenant chez des individus chez lesquels la syphilis a fait naître ou augmenté l'hystérie; l'hydrothérapie convient à cette forme qui s'observe dans la période secondaire. Enfin la céphalée *tabétique* ou préataxique, plus rebelle encore au traitement que les précédentes, survient dans la période tertiaire comme prodrome de l'ataxie locomotrice.

L'*alopécie syphilitique*, outre la forme *en clairières*, si bien connue depuis les descriptions de M. Fournier, peut revêtir la forme *pseudo-peladique*, en déterminant la chute totale de tous les cheveux sur une étendue d'un écu. On comprend qu'il puisse être difficile de ne pas confondre des zones alopéciques aussi larges avec la pelade. L'examen histologique des cheveux peut-il être alors de quelque secours ? Il résulte des études de M. Darier, chef du laboratoire de M. Fournier, que dans l'alopécie syphilitique la plupart des cheveux (80 p. 100) sont normaux, à bulbes pleins; un petit nombre seule-

---

tout d'Antoine Louis, le secrétaire par excellence qui fut, comme on l'a dit, l'âme de la compagnie. Il faut que j'esquisse rapidement le portrait de ces dignitaires.

La Martinière était né en 1696; il fut agrégé au Collège des chirurgiens dès 1728, et il se fit remarquer au service sanitaire des armées par son activité et ses talents d'administrateur. Doué de fermeté, d'un discernement rare, il présidait admirablement l'Académie, réprimant les abus qui auraient pu s'introduire, stimulant l'émulation, disciplinant une compagnie qui rappelait parfois les chirurgiens-barbiers de jadis. Ses efforts, sa persévérance faisaient respecter les travailleurs par les esprits brouillons ou mécontents.

Sous l'initiative de Germain Pichaut de La Martinière, des écoles de chirurgie furent installées dans les principales villes de France, de nouvelles chaires créées à Paris, l'Ecole pratique établie et dotée à ses frais. La Martinière obtint un édifice pour le Collège des chirurgiens et l'Académie de chirurgie : c'est celui où nous sommes. Enfin, un hospice, plutôt hôpital clinique dans lequel il fonda lui-même dix lits, et situé en face, était dû à l'instigation bienfaisante de La Martinière.

Vous pouvez juger les résultats obtenus par l'Académie de chirurgie. Chirac avait conçu la pensée d'une Académie de médecine qui aurait correspondu avec les médecins de tous les hôpitaux du royaume, mais il était mort sans en avoir vu la réalisation. La réunion de tous les chirurgiens de France, concourant au progrès, était un fait accompli. Les chirurgiens de la cour avaient relevé l'art et aussi les praticiens illettrés exerçant une sorte de métier manuel et mécanique. Les médecins lettrés ne possédaient pas

ment présentent un certain effilement de la partie inférieure ou même l'atrophie du bulbe; leur extrémité libre est rarement disposée en pinceau. Il est probable en somme que leur chute est causée par une altération de la papille et est un phénomène de mue comme l'alopécie temporaire qui suit l'érysipèle, la fièvre typhoïde.

Au contraire, dans la pelade, les cheveux normaux sont rares, ils sont effilés quelquefois, mais ce sont surtout des cheveux à bulbe creux, atrophié, la kératinisation est incomplète et l'imprégnation par les réactifs colorants se fait mal; l'extrémité libre est ordinairement disposée en pinceau.

En dehors de toute maladie générale ou locale, la chute des cheveux se produit physiologiquement chez certaines personnes, surtout des jeunes filles, à des époques fixes, mai, octobre; ces chutes partielles et temporaires sont analogues en petit à la *mue* des oiseaux (Lailler). D'ailleurs, pour les cils et les sourcils la mue est régulière et constante. Arrivés à un certain degré de développement, ces productions pileuses tombent et font place à d'autres (Besnier).

Au bout de combien de temps la syphilis contractée par les parents cesse-t-elle de pouvoir se transmettre héréditairement? Cette question si débattue et si importante a été soulevée par une présentation de M. Barthélemy, ancien chef de clinique du professeur Fournier. Notre collègue avait fait apporter un enfant de 4 mois, atteint de lésions syphilitiques d'apparence secondaire, attestant une infection récente, septième ou huitième mois de la vie utérine, si bien qu'on pourrait se demander s'il ne s'agissait pas d'une syphilis acquise. Mais, outre qu'il n'a pas été possible de trouver trace d'accident primitif, l'interrogatoire de la mère a fait connaître que les parents ont été atteints tous deux de la syphilis, il y a quatorze ans, et n'ont pas été traités ou n'ont subi qu'un traitement insignifiant. Ils n'ont eu cependant l'un et l'autre qu'une syphilis bénigne. Mais sur six enfants qu'ils ont procréés, quatre ont succombé entre vingt-cinq jours et six mois; l'autre enfant survivant, qui embrasse souvent le petit syphilitique pré-

---

d'Académie; il avait été hardi d'en créer une en luttant contre la Faculté. Tous les chirurgiens, sans exception, étaient conviés à un travail rénovateur; l'Académie siégeant à Paris concentrait les observations de délégués appartenant à toutes les provinces et surveillant les corporations locales, facilitant, provoquant au besoin les communications. L'Académie accueillait tout, examinait tout, choisissait les documents et, avec eux, élaborait des mémoires qui composent une sorte d'encyclopédie chirurgicale. Suivant la juste expression de M. le professeur Verneuil, l'Académie de chirurgie a été la première réunion homogène, composée d'égaux poursuivant le même but et associant leur activité, leurs aptitudes et jusqu'à leurs qualités contraires, pour atteindre la plus haute expression du travail collectif.

L'Académie avait compris son devoir d'une manière supérieure; elle proposa des prix, provoquant une série de travaux individuels, mettant en lumière des inconnus. Finalement, la chirurgie était émancipée par une institution sans pareille: les méprisés furent relevés, les démonstrateurs de chirurgie, les membres de l'Académie luttèrent avec succès contre l'enseignement médical officiel, les « seigneurs et maîtres des chirurgiens » eurent à se réformer sur le modèle de leurs affranchis.

Passons en revue les secrétaires de l'Académie de chirurgie, Morand (Sauveur-François), né à Paris le 2 avril 1697, était de la fondation. Actif, très répandu, ayant encore plus d'habileté que de mérite, il céda la place à Quesnay, puis, lors de la réorganisation de l'Académie en 1751, il fut en titre le premier secrétaire perpétuel. Servi par

senté par M. Barthélemy, ne contracte pas d'accident primitif; lui aussi est donc syphilitique.

La communication de M. Barthélemy, dit M. Fournier, soulève la question suivante : Quelle est la limite extrême de l'hérédité syphilitique ? — La durée pendant laquelle la syphilis peut être transmise aux enfants est, comme l'enseigne le professeur de Saint-Louis, infiniment plus longue qu'on ne le croit généralement. Il a vu bien des fois la syphilis se transmettre au bout de sept ans, plusieurs fois au bout de quinze ans; enfin dans un cas, unique, il est vrai, une mère ayant eu la syphilis vingt ans auparavant avait donné naissance à un enfant atteint de la kératite d'Hutchinson et à une exostose qui se dissipa sous l'influence de l'iodure de potassium.

M. Besnier estime que la rareté excessive de ces faits de transmissibilité si durable leur enlève beaucoup d'importance. Avant d'émouvoir l'opinion publique en vulgarisant cette idée de la transmissibilité presque indéfinie de la syphilis, il faudrait établir par une enquête minutieuse dans quelles conditions se font ces transmissions héréditaires si tardives. Après avoir éliminé les cas où les deux conjoints sont syphilitiques, il faudrait faire la part de l'hérédité paternelle et maternelle ; on arrivera à cette conclusion que dans la très grande majorité des cas un syphilitique qui se marie au bout de quelques années n'a plus à craindre de transmettre à ses enfants des accidents syphilitiques directs.

M. Fournier reconnaît bien que les choses se passent ainsi dans la grande majorité des cas, il a vu plus de 500 enfants sains issus de pères syphilitiques; mais il a vu aussi plus d'une fois des syphilitiques qui, s'étant mariés sept ans et plus après le début de l'infection, ayant été traités et autorisés par plusieurs médecins à se marier, syphiliser leurs femmes et engendrer des syphilitiques.

M. Hallopeau a présenté une malade atteinte de *syphilis mutilante de la face* (avec des photographies d'un autre cas analogue). Cette femme, qui a été jadis infectée par un nourrisson, n'a pour ainsi dire pas été traitée.

---

les circonstances, Morand avait obtenu de hautes charges; La Martinière et Pibrac le firent démissionner en faveur de Louis.

François Quesnay (1694-1774) était du petit village de Mérey, près de Montfort-Amaury; travailleur infatigable, maître en chirurgie en 1718, il s'était fixé à Mantes. La Peyronie le remarqua et le fit venir à Paris. La préface du premier volume des *Mémoires de l'Académie* est de Quesnay, non seulement chirurgien éminent, mais économiste politique remarquable.

J'arrive à Louis, qu'il ne vous faut pas confondre avec Jean-Louis Petit (1674-1750), né à Paris et l'un des plus grands chirurgiens du XVIIIe siècle. Passionné dès l'enfance pour l'anatomie, Jean-Louis Petit devient prosecteur de Littre; il suit les armées, puis fait des cours et arrive à une pratique étendue; il se distingue entre tous par l'importance et le succès de ses travaux. Il n'eut qu'un seul fils, mort à 28 ans. Le grand ouvrage de Jean-Louis Petit est posthume, publié en 1774.

Antoine Louis, né à Metz le 13 février 1723, suivit la carrière de son père, chirurgien renommé. Son éducation avait été fort soignée; à 21 ans, ayant servi dans l'armée, il avait, par son mérite, attiré l'attention de La Peyronie. Une place de chirurgien étant vacante à la Salpêtrière, Louis, grâce au concours, au concours dont je suis le partisan convaincu et déclaré, l'emporta sur des rivaux plus âgés que lui. Aspirant à devenir membre de la Société académique de chirurgie, il présenta successivement deux mémoires : l'un n'obtint que le deuxième accessit, mais l'autre fut couronné l'année suivante à l'unanimité des suffrages. L'ardeur déployée par Louis dans la polémique dévoi-

Parmi les mutilations qu'elle présente, on remarque autour de l'œil droit une surface rouge et d'aspect saignant qu'on pourrait être tenté de prendre pour une ulcération en voie de bourgeonnement. Un examen plus attentif montre qu'il s'agit de la conjonctive en état de panectropion; car à la limite de la surface granuleuse on voit des cils et les orifices des glandes de Meïbomius. Il s'agit ici de lésions post-syphilitiques, contre lesquelles la thérapeutique spécifique est sans action.

M. Besnier insiste sur la prédilection de la syphilis pour la face et l'appareil nasal tout entier considéré au point de vue anatomique; ainsi une lésion syphilitique qui détruit toutes les parties molles et osseuses du nez respecte la paroi interne de l'orbite pourtant si mince. L'autoplastie, suivant divers procédés ingénieux que pratiquent fort habilement maintenant quelques chirurgiens, remédie le plus souvent très bien aux mutilations post-syphilitiques; il n'est jamais prudent de laisser des surfaces muqueuses dénudées et soumises aux irritations extérieures dans les conditions d'âge et d'affaiblissement constitutionnel où est la malade de M. Hallopeau; dans de tels cas on voit souvent se développer des épithéliomas.

Parmi les faits intéressants se rapportant à la syphilis, citons encore un cas présenté par M. Besnier : *roséole*, ayant tous les caractères de la roséole spécifique, durant sans interruption depuis un chancre contracté *il y a trois ans* et coïncidant avec des syphilides tuberculeuses et ecthymateuses ; un *chancre syphilitique abdominal* siégeant à un travers de doigt au-dessus du pubis (Fournier). C'est un des lieux d'élection des chancres extra-génitaux, il y a là des conditions locales spéciales (pli cutané, où peut exister quelque érosion intertrigineuse). Les chancres extra-génitaux semblent, plus souvent que d'autres, suivis d'accidents syphilitiques intenses (Besnier). Un chancre situé près de l'ombilic peut donner lieu à quatre foyers d'adénopathie directe; car les lymphatiques péri-ombilicaux se rendent les uns aux aines, les autres aux aisselles (Fournier).

M. Tenneson a montré un cas d'*érythème bulleux* survenu au début d'une

---

lait son habileté de plume; il défendait la chirurgie contre les écrits des médecins qui la voulaient régenter; de même, parmi les mémoires quiprécédèrent son agrégation au Collège de chirurgie, on trouve la finesse jointe à la solidité du jugement.

Maître ès arts et associé de l'Académie depuis 1746, Louis voulut, à l'expiration de ses six années d'internat à la Salpêtrière, soutenir publiquement une thèse sur les plaies de tête. La soutenance eut lieu sous la présidence de Morand aux Ecoles de chirurgie; le doyen avec deux docteurs de la Faculté de médecine usèrent de leur droit et argumentèrent le candidat. Cette cérémonie, tombée en désuétude, eut beaucoup de retentissement; elle fut remarquable avec des juges de mérite et un candidat hors ligne. La thèse de Louis du 25 septembre 1749 est « à image », comme d'autres que vous voyez encadrées dans les salles d'examens. Lisez à ce sujet les curieuses recherches de M. Turner, parues dans la *Gazette hebdom.* de 1879 (nos 45, 46 et 48).

La Martinière remplaça pour Louis son premier protecteur La Peyronie; bientôt Louis fut nommé professeur de physiologie au Collège des chirurgiens et commissaire de l'Académie pour les extraits, en d'autres termes, secrétaire-adjoint. Absolument digne de ces choix, il professa pendant plus de quarante ans, maniant non moins bien la parole que la plume. Passant par l'hôpital de la Charité, avant d'aller à l'armée du Rhin, gravement malade à Cassel, il se rendit à Montpellier pour s'y rétablir. Son retour à Paris donna lieu à une très heureuse mesure; il fut choisi comme secrétaire perpétuel de l'Académie à la place de Morand; depuis quelques années, il l'était de fait; il en eut le titre et la charge.

*blennorrhagie* sans traitement, et suivi d'arthropathie. La lésion a pris ensuite l'apparence de l'herpès iris de Bateman (distinct de l'hydroa de Quinquaud). C'est une des formes de l'érythème multiforme secondaire à la blennorrhagie, causé par l'*infection gonohémique* (Besnier).

M. Fournier présente une *tuberculose cutanée* géante à évolution serpigineuse. Le porteur est un enfant de 5 à 6 ans qui aurait eu pour la première fois, il y a moins d'un an, un abcès dans le côté. Aujourd'hui, toute la région dorso-lombaire est couverte par une immense nappe de lésions tuberculeuses composées de tubercules conglomérés, les uns pleins et durs, d'autres ramollis, d'autres ulcérés; poumons, respiration soufflante, sans râles. L'enfant a de la diarrhée et est en état d'hecticité. M. Fournier demande à ses collègues s'il y a quelque thérapeutique à essayer, et laquelle?

M. Besnier affirme qu'il faut agir : 1° sur l'état général par le gavage méthodique; 2° contre la lésion locale par des applications d'acide lactique d'abord mitigé, à 1/10, puis avec des solutions de plus en plus concentrées. Dans beaucoup de lésions tuberculeuses des surfaces abordables cutanées et muqueuses (bouche, pharynx, larynx), on a obtenu depuis quelques années des succès inespérés avec l'acide lactique. Récemment encore, M. Picot, interne de M. Besnier, recueillait une observation démonstrative à ce point de vue.

M. Lailler pense que l'enfant devra aussi être envoyé le plus tôt possible à la campagne, hors du milieu hospitalier; comme topique, il emploierait volontiers l'iodoforme, qui n'est pas douloureux comme l'acide lactique, et avec lequel il n'a jamais éprouvé les accidents d'absorption que M. Besnier redoute.

On ne doit pas oublier, comme le fait remarquer M. Besnier à ce propos, que M. Lailler est le premier qui se soit servi dans les hôpitaux, en 1863, de l'iodoforme, que Bouchardat venait de faire connaître; M. Besnier a imité aussitôt son collègue. Mais, dans le premier cas où il ait employé l'iodo-

---

Antoine Louis met un dévouement inépuisable au service de la Compagnie; malgré l'envie, la jalousie, il surmonte les obstacles qui se dressent; il tient tête aux orages que les passions suscitent. Il organise, il donne la meilleure direction pour les travaux et les discussions. Ailleurs, il assemble les faits isolés, les coordonne, les rattache à de grands principes et les présente sous une forme saisissante propre à les graver dans le souvenir. Outre ses fonctions de secrétaire, il a été l'un des plus féconds et des plus laborieux collaborateurs; il coopéra aux 2e et 3e volumes et surtout aux 4e et 5e volumes des *Mémoires*. Louis avait énormément lu et médité, la chirurgie s'était accrue et développée en quelque sorte sous ses yeux; il a pu mieux qu'un autre résumer la science de son époque. Mais cette intelligence fine et nerveuse sentait vivement la critique; La Martinière le soutenait, lui conseillait le mépris des injures et le faisait même renoncer à des projets de retraite. Après avoir publié le 5e volume des *Mémoires*, A. Louis resta dix-huit ans sans qu'il en donnât la suite si attendue. Il mourut le 20 mai 1792, et il fut enterré, comme il l'avait demandé, au milieu des pauvres, dans le cimetière de la Salpêtrière.

Outre les travaux de chirurgie, Louis a traduit les *Aphorismes chirurgicaux* de Boerhaave et fait paraître une édition des *Maladies vénériennes* d'Astruc et aussi du *Traité des maladies des os* de Jean-Louis Petit. On lui doit une série de mémoires de valeur sur la médecine légale, car, docteur en droit, il étudia et éclaira bon nombre de questions difficiles pour lesquelles les tribunaux demandaient le concours de son esprit juste et autorisé.

forme, il a constaté un sommeil invincible, rappelant le sommeil hystérique, et causé par l'intoxication iodique.

Quant à la douleur que peut causer l'acide lactique, aujourd'hui on peut l'atténuer en faisant agir au préalable des anesthésiques locaux.

M. Quinquaud présente un malade chez lequel, à l'âge de 20 ans, à la suite d'un eczéma généralisé suintant qui dura deux ans, s'est développé un *état ichthyosique* ou ichthyosoïde, qui présente les caractères ordinaires de l'icthyose vraie, généralement considérée comme congénitale, notamment l'intégrité des régions inguinales et axillaires.

M. Besnier se demande si ce malade n'est pas vraiment atteint d'ichthyose; il en offre tous les caractères, notamment la sécheresse et l'état rugueux de la paume des mains. Cette malformation du tégument qui, sans être absolument congénitale, apparaît toujours dès les premiers mois de la vie, peut avoir été peu accentuée et méconnue jusqu'au jour où l'eczéma est venu lui communiquer plus d'intensité.

M. Lailler a vu, chez une pêcheuse de Granville qui entrait chaque jour dans la mer jusqu'à l'ombilic, se développer sur la région hypogastrique un état icthyosiforme, sans qu'il y ait eu d'eczéma au préalable.

M. Feulard, chef de clinique, a présenté trois cas de *zona* observés dans ces dernières semaines dans le service de M. Fournier, et à propos desquels il n'a pu relever de circonstance étiologique satisfaisante; il n'a pas noté l'hérédité névropathique signalée dans certains cas par M. Dreyfous, et, à propos de l'influence infectieuse prédisposante, il cite, chez un des malades, l'existence d'une fièvre typhoïde récente. P. Le Gendre.

## BIBLIOTHÈQUE

Traité pratique de bactériologie, par E. Macé, professeur agrégé à la Faculté de Nancy. — J.-B. Baillère, 1889.

Nous saluons avec plaisir l'apparition de cet ouvrage français sur la bactériologie. Jus-

---

On doit regretter que Louis n'ait pas publié quelques volumes avec les matériaux dont il disposait, et qui restent enfouis dans l'insuffisant local de notre Académie de médecine. Nous devons à Dubois d'Amiens de connaître les Éloges que Louis prononçait dans les séances solennelles de l'Académie de chirurgie; ils constituent un des beaux titres de gloire de leur auteur. Ces Éloges sont de véritables notices biographiques où la correction du style, l'élévation de la pensée, l'amour de la vérité dominent; on y retrouve l'expert légiste en même temps que l'écrivain élégant; aussi Louis est-il plutôt historien que panégyriste. Est-ce par crainte des morsures de la critique, est-ce par faiblesse ou par dégoût? Louis n'a pas voulu faire paraître lui-même, et de son vivant, ces Éloges qui demeurent un précieux document historique du xviiie seiècle.

Vous trouverez a la bibliothèque de l'Académie de médecine, rue des Saints-Pères, le buste d'Antoine Louis par un maître de la sculpture, par Houdon. Il est représenté en costume de chirurgien de robe longue, avec large ceinture et rabat; le front est découvert, la face pleine, animée d'un sourire doux, mais ironique, avec des yeux petits, fins et pénétrants. Ce beau marbre donne une impression multiple; on sent l'intelligence, la distinction, le contentement intérieur, avec une ombre de timidité ou de misanthropie. En effet, si Louis n'eut pas à lutter pour les difficultés de la vie, son humeur irritable, son amour-propre excessif lui attirèrent des contrariétés; il suscitait des ressentiments implacables parmi les confrères dont la plupart étaient trop illettrés pour apprécier son talent délicat. Malgré ce léger revers de médaille, Antoine Louis est une grande figure et du petit nombre de celles qui gagnent à être bien connues.

qu'ici en dehors du grand *Traité des bactéries* de Cornil et Babès, qui par son format et son prix n'était pas accessible à tous, nous avions eu surtout {des livres de bectériologie traduits de l'allemand ou de l'anglais. Comme le Manuel de notre collègue Dubief, ce Traité pratique de M. Macé donne satisfaction aux médecins et aux étudiants qui désirent se familiariser avec l'étude des microbes.

On trouve, dans le livre de M. Macé, les généralités et la technique, la classification et la description des microbes, et l'étude spéciale de quelques milieux (bactéries de l'air, de l'eau, du sol, du corps). 173 figures, représentant des appareils, les aspects des cultures et des microbes le plus fréquemment étudiés, rendent les descriptions très claires. On peut regretter de trouver le texte un peu trop compact, mais il le fallait bien pour faire tenir tant de matières sous ce format commode à manier. — P. L. G.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement spécifique de l'anthrax**, par E.-B. Muskett. (*The Lancet*, 1888.) — L'auteur conseille l'emploi de l'ipéca. Localement il est appliqué sur la plaie en bouillie épaisse obtenue par le mélange de la poudre avec de l'eau. A l'intérieur, on le donne à dose répétée.

Les effets produits seraient excellents et le même traitement pourrait être appliqué à la pustule maligne. — P. N.

**Le sel dans l'hygiène de la peau et le traitement des dermatoses**, par le docteur I. Piffard. (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, n° 5, et *Revue de thérap.*, 5.) — L'auteur estime que l'usage des bains salins (bains de mer) exerce une influence salutaire sur les dermatoses suivantes : eczéma chronique, psoriasis indolent, éruptions estivales, affection prurigineuse, dermatoses scrofuleuses, furonculose. Aux bains de mer dont on ne peut user que pendant une petite partie de l'année, on peut substituer les bains salins artificiels, et de préférence les bains préparés avec les eaux mères concentrées des salines. Ces bains ont une action détersive et désodorisante plus énergique. Leur usage donne de la souplesse à la peau, et lorsque le traitement est continué pendant des mois, ils modifient favorablement l'état général des malades. Ils doivent être pris aussi chauds que possible. La durée de chaque bain ne devra pas excéder quinze à vingt minutes. — P. N.

---

Ne soyez pas surpris des résultats obtenus après la fondation de l'Académie de chirurgie. Le 23 avril 1743, une déclaration du roi, rédigée par d'Aguesseau, sépare à jamais les chirurgiens de la confrérie des barbiers; elle exige des élèves une éducation libérale; elle relève la maîtrise en chirurgie, en la rendant difficile à obtenir et seulement après des examens sévères.

Le 4 juillet 1750, l'École pratique de chirurgie est fondée, recevant en 1760 une nouvelle forme.

De plus, sur les plans de l'architecte Gondoin, la première pierre du Collège de chirurgie a été posée en 1774 par Louis XVI, sur l'emplacement de l'ancien Collège de Bourgogne, et, le même jour, le roi y fonda une chaire de chimie qui n'existait pas encore. Ce fut aussi Louis XVI qui donna au Collège des chirurgiens un hospice appelé depuis Hôpital ou Clinique de perfectionnement, dans lequel, dit Gondoin, sont traitées les maladies chirurgicales de nature extraordinaire. Les maîtres y multiplient leurs leçons, les élèves s'y instruisent dans la pratique.

Le Collège de chirurgie, où est installée notre Faculté, fut achevé en moins de deux ans, et la première thèse y fut soutenue le 31 août 1776. L'Académie de chirurgie y tenait ses séances; quatorze professeurs étaient chargés de l'enseignement.

(*A suivre.*) Prof^r Laboulbène.

## CORRESPONDANCE

Paris, 31 décembre 1888.

Monsieur et très honoré confrère,

Vous savez qu'il existe un certain nombre de Sociétés d'arrondissement s'occupant de questions scientifiques et professionnelles.

Celles du VI[e] et du XI[e], dont j'ai l'honneur de faire partie, ont pensé avec moi qu'il y aurait intérêt à les grouper en Conseil général, composé de présidents et secrétaires généraux.

Lorsqu'une question de déontologie ou d'intérêt professionnel serait soulevée, le Conseil l'examinerait et transmettrait sa décision aux Sociétés adhérentes. On constituerait de cette manière une espèce de syndicat médical des arrondissements de Paris, qui, dans beaucoup de circonstances, pourrait être très utile.

Je vous ferai remarquer que, par sa composition, le Conseil offrirait toutes les garanties désirables d'honorabilité, les présidents et les secrétaires généraux étant élus par leurs collègues.

Je vous serai obligé de soumettre ce projet à la Société dont vous êtes le président et je vous prie de me faire connaître l'accueil qui aura été fait à ma proposition. Aussitôt que j'aurai reçu les réponses, nous aurons une réunion dans laquelle nous pourrons étudier en détail cette fondation qui me paraît appelée à rendre des services au corps médical de Paris.

Veuillez agréer, etc. D[r] E. PHILBERT,

Président de la Société médicale du VI[e] arrondissement,
Vice-président de la Société médicale du XI[e] arrondissement.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Un travail de M. Stieffel, sur les lésions traumatiques de l'abdomen ;

2° L'*Hystérie pulmonaire*, par M. Léon Petit ;

3° Deux plis cachetés de MM. Dambax et Hamonic ;

4° Une lettre de M. Moncorvo se portant candidat à une place de correspondant étranger ;

5° Un mémoire de M. Chiot pour le prix Saint-Paul.

— M. FÉRÉOL lit, au nom de M. Dujardin-Beaumetz, une note sur le strophantus. M. Dujardin-Beaumetz accepte la plupart des conclusions de M. Bucquoy. Le strophantus est un bon médicament cardiaque appelé à rendre de très grands services chez les malades ayant un affaiblissement du cœur. Bien entendu, il faut, comme pour tous les toniques cardiaques, qu'il n'y ait pas de dégénérescence trop accentuée. L'accord n'est pas fait sur son utilité dans la néphrite albumineuse ; tandis que M. Bucquoy l'a vu échouer, dans ces cas, M. Dujardin-Beaumetz en a parfois tiré un bon parti. Dans l'insuffisance rénale, il est supérieur à la digitale, qui est souvent mal supportée à cause de l'intolérance de l'estomac. Son seul inconvénient est de provoquer la diarrhée par un usage prolongé. L'auteur ne croit pas à la possibilité d'une néphrite causée par le strophantus, et le cas de Cazeaux est un fait exceptionnel; il n'admet donc pas que le médicament soit plus dangereux qu'utile. L'action diurétique est prompte et rapide; on devra donc, dans l'insuffisance rénale, cesser le médicament quand cette action ne s'est pas produite après vingt-quatre ou quarante-huit heures. Les expériences ont été poursuivies à l'aide de la teinture au 1/5, cinq à six gouttes matin et soir.

M. Dujardin-Beaumetz a cherché si parmi les apocynées indigènes il ne trouverait pas une plante pouvant remplacer le strophantus. Il a expérimenté le laurier-rose; les effets sont moins constants, moins marqués, mais cependant fort utiles.

En fait, l'introduction du strophantus dans la thérapeutique est un réel progrès.

— M. G. Sée lit un mémoire relatif à l'importance des alcaloïdes en thérapeutique et à la valeur comparative des médicaments cardiaques. Les conclusions en seront données dans la prochaine séance.

— M. Féréol donne lecture d'un rapport sur un cas d'atrophie musculaire à évolution très rapide pendant la grossese. Il discute surtout l'hypothèse de troubles vaso-réflexes partant de l'utérus et l'influence d'une dénutrition générale portant sur tous les organes.

## FORMULAIRE

### Pommade contre le psoriasis. — E. Besnier.

| | |
|---|---|
| Naphthol B.............................. | 10 grammes. |
| Axonge.................................. | 90 — |

F. s. a. Une pommade avec laquelle on frictionne, tous les soirs, la région qui est le siège du psoriasis. Le lendemain matin, on enlève la pommade avec de l'eau de savon chaude, et on couvre la peau d'une couche d'amidon. On continue le traitement pendant 15 jours, et même jusqu'à guérison complète, si l'on constate de l'amélioration. Dans le cas contraire, on essaie de la pommade à l'acide pyrogallique. — N. G.

## COURRIER

Limites des consignations pour examens probatoires. — 1° Les consignations pour les examens dont désignation suit seront reçues jusqu'aux dates ci-après désignées :

Pour le 2e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 19 mars inclusivement ;
Pour le 2e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 16 avril inclusivement ;
Pour le 3e examen de doctorat (1re partie), jusqu'au mardi 16 avril inclusivement ;
Pour le 3e examen de doctorat (2e partie), jusqu'au mardi 21 mai inclusivement ;
Pour le 4e examen de doctorat, jusqu'au mardi 4 juin inclusivement ;
Pour le 5e examen de doctorat (1re et 2e parties), jusqu'au mardi 25 juin inclusivement ;
Pour les examens de sage-femme, jusqu'au mardi 25 juin inclusivement ;
Pour les thèses, jusqu'au mardi 9 juillet inclusivement.

Officiat : Pour le 1er examen, jusqu'au mardi 15 juin inclusivement ; pour le 2e examen, jusqu'au mardi 18 juin inclusivement ; pour le 3e examen, jusqu'au mardi 25 juin inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

2° Les élèves ajournés après le 8 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances.

Passé le 11 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses, et ne signeront plus de manuscrits.

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. le docteur Pitres, nommé doyen pour cinq ans le 14 novembre 1885, vient de donner sa démission, qui a été acceptée par le ministre.

M. Merget, docteur en médecine, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

Faculté mixte de médecine de Lille. — Les places nouvelles ajoutées au cadre des

professeurs des Facultés de médecine des départements par la loi de finances du 29 décembre 1888 et par le décret du 30 du même mois, ont été attribuées ainsi qu'il suit aux professeurs de la Faculté mixte de médecine de Lille.

Première classe (2 places nouvelles). — Ancienneté : M. Wannebroucq ; choix : M. Folet.

Deuxième classe (2 places nouvelles). — Ancienneté : M. Paquet ; choix : M. Gaulard.

Troisième classe (10 places nouvelles). — Ancienneté : M. Lotar ; choix : M. Arnould ; Ancienneté : M. Lescœur ; choix : M. Herrmann ; Ancienneté : M. Hallez ; choix : M. Tourneux ; Ancienneté : M. Castiaux ; choix : M. Leloir ; Ancienneté : M. Moniez ; choix : M. Dubar.

Quatrième classe (6 places nouvelles. La Faculté compte actuellement 3 chaires vacantes). — MM. Leroy, Baudry et Debierre.

Les professeurs promus à la première, à la deuxième et à la troisième classe, prendront rang, dans chacune de ces classes, à partir du 1er janvier 1889.

Les professeurs appartenant à la quatrième classe sont inscrits, dans cette classe chacun à son rang d'ancienneté, conformément aux dispositions des paragraphes 3 et 4 de l'article 3 du décret du 12 février 1884.

Concours de l'externat. — Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé mardi 8 janvier par la nomination des 300 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

1. Mouchet, Bouglé, Glantenay, Lévy, Kuss, Péron, Funck, Douënel, Junien-Lavillauroy, Le Marc'Hadour, Touvenaint (Léon), Guépin, Grigner, Batigne, Guibert, Roussel, Marmasse, Duchemin, Debayle, Sainton (Marie-Adrien).

21. Gannelon, Guitton, Barrié, Darin, Macé, Pochon, Raffray, Malapert, Berthelin, Thévenard, Du Bonays de Coueslonc, Dupasquier, Lebon, Pineau (Arsène), Thiercelin, Barbier, Josué, Grasset, Pécharman, Manson.

41. Hervé, Gauthier, Viguès, Le Tanneur, Antheaume, Mlle Cherchevesky, Chrétien, Morin, Richerolle, Larger, Dubrisay, Veslin, Bardol, Leblond, Béchet, Parisot, Bonneau, Meyer, Meurisse, Breton.

61. Calbet, Auclair, Tariel, Le Seigneur, Barozzi, Clément, Bertillon, Lapointe, Cazin, Mourrette, Raynal, de Brazza, Ducellier, Benoit, Huguenin, Tollemer, Dujou, Navarro, Lieffring, Chesnay.

81. Dimey, Brandès, Comte, Castro, Nanu, Michaïlowski, Legrand, Lucas, Lucron, Chapdelaine, Lacombe, Couvreur, Caryophylis, Villeprand, Launay, Lajotte, Perruchet, Lafont, Archambaud, Arrizabalaga.

101. Pascal, Legros, Isidor, Héan, Dubost, Martin (Louis), Vignaudon, Halouchery, Goupil, Artus (Maurice), Houdaille, Rescoussié, Main, Matton, Haury, Dessirier, Baillet, Flandre, Hobbs, Camescasse.

121. Lagoudakis, Bernard, Arbel, Thomas, Pégou, Théloan, Codet, Leclercq, Plichon, Collas, Regnault, Le Stunf, Solary, Galmard, Ouvry, Lorrain, Mitkovitch, Picot, Marchand, Pâquy.

141. Maurice, Rancurel, d'Hottman de Villiers, Arnaud, Choppin, Galpin, Coriton, Pineau (Henry-Eugène), Glover, Artault, Duma, Sorel, Boutroux, Paulidès, Poulain, Bergeret-Jeannet, Bouchez, Levet, Cordillot, Duvivier.

161. Colin, Siguier, Thiébault, Placet, Finck, de Bourgon, Ribell, Martin (Louis-François-Albert), Grémand, Paulin, Duvacher, Moitier, Mlle Kolopothakès, Spindler, Ecart, Moussand, de Amaral, Carpentier, Anscher, Bon.

181. Petitbon, Trekaki, Roux, Gresset, Vibert, Duprat, Carré, Brisson, Renons, Leroy, Got, Danin, Crochet, Millon, Richard, Delaire, Beauvallet, Dauriac (Jules), Chauvet, Marchal.

201. Larricq, Hamel, Mathieu, Léonard, Siron, Sainton (Roger), Vélimirovitch, Chereau, Chamozzi, Louvel, Arthus (Nicolas-Maurice), Aragon, Mirovitch, Péchaud, Daum, Faurichon, Bossu, Mergier, Larcena, Durand.

221. Decourt, Martin (François), Fricotel, Clarac, Artières, Derchen, Jay, Faussillon,

Dufournier (Adrien), Bougan, Mme Pilet, Bayeux, Mme Rechtsamer, Veillon, Athanassio, Crevecœur, Pinault, Danet, Bondesio, Modiano.

241. Cheminade, Boutin, Veuillot, de Ribier, Cantacuzène, Leterrier, Brunet, Emery, Stojanovitch, Mlle Zlotwoska, Perdrizet, Fourault, Poirier (Arsène), Gochbaum, Chanson, Levadoux, Bidault, Fairé, Le Gern, Dufour (René Jules).

261. Langlois, Surel, Rémy-Néris, Samalens, Mlle Balaban, Darras (Charles), Charlier, Stavaux, Bourgogne, Salmon, Georgevitch, Collinet, Silva, Mally, Bilbilis, Poirier (Maurice), Ménos, Fouquet, Larsonneur, Coursier.

281. Rollin, Thomas (Charles-Jules-François), Ancelet, Frumusianu, Mallet (Henri), Bouquet (Henri), Bosnière Réville, Guyot, Claudel, Bouley, Calton, Zolotuisky, Tennant, Corny, Mennessier, Duret, Riche, Hahusseau, Guérin.

École de médecine de Nantes. — M. le docteur Gaboriaud est nommé chef de clinique médicale.

— M. le docteur Paulin est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque populaire de Lunéville.

— Des conférences cliniques auront lieu à l'Hôtel-Dieu, dans le laboratoire de M. Proust, les mercredi et vendredi de chaque semaine.

Maladies du système nerveux et maladies mentales, M. Gilbert Ballet; — pharmacologie, M. Villejean; — maladies du tube digestif, M. Mathieu; — maladies du larynx, M. Lubet-Barbon.

La première conférence sur les affections du système nerveux a eu lieu hier, 16 janvier, à dix heures.

— Par décret, en date du 9 janvier 1889, M. le docteur Merget, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique médicale à la Faculté de médecine de Bordeaux.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur, est nommé membre de la Commission constitué et près l'administration des colonies, en vue d'étudier l'ordre d'urgence et le mode d'exécution des travaux de casernements au Tonkin.

— Une place de stagiaire est actuellement vacante au Muséum. L'indemnité annuelle attribuée à cet emploi est de 2,400 francs.

Les candidats sont invités à faire parvenir le plus tôt possible leur demande et leurs titres à l'administration du Muséum d'histoire naturelle, 57, rue Cuvier.

Dédoublement des archives de physiologie. — *Les Archives de physiologie normale et pathologique*, fondées il y a 20 ans par MM. Brown-Séquard, Charcot et Vulpian, paraissent cette année sous la seule direction de M. Brown-Séquard, avec la collaboration de MM. Dastre et François-Franck.

Une nouvelle publication, parallèle à la précédente et la complétant, vient d'être fondée par M. Charcot, avec la collaboration de MM. Grancher, Lépine, Straus et Joffroy ; elle a pour titre : *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.* Une place importante, dans ce recueil, sera faite à la microbie et à l'anatomie pathologique « éclairée et comme vivifiée par l'observation clinique ».



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

A l'Académie de médecine, suite de la discussion sur le strophantus. Contrairement à M. Bucquoy, dont il approuve sur les autres points la manière de voir, M. Dujardin-Beaumetz pense qu'on peut obtenir de bons résultats de l'emploi de ce médicament, même dans les néphrites albumineuses. Mais les essais relatifs aux médicaments cardiaques sont loin d'être terminés, car M. Dujardin-Beaumetz a expérimenté encore l'extrait de laurier-rose, qui lui a donné des résultats analogues à ceux produits par le strophantus, et bientôt peut-être en sera-t-il de même de l'oléandrine, principe actif du laurier. M. le professeur G. Sée a commencé sur la comparaison des différents médicaments cardiaques une communication sur laquelle nous reviendrons lorsqu'elle sera terminée.

— L'actinomycose est décidément une affection contagieuse et peut-être serait-elle plus souvent constatée chez l'homme si on la cherchait mieux. Le premier fait de contagion interhumaine vient d'être observé par le doc-

# FEUILLETON

NOUVELLE GÉOGRAPHIE UNIVERSELLE. — La terre et les hommes, par Élisée Reclus. — T. XIV. — Océan et terres océaniques : *Iles de l'océan indien, Insulinde, Philippines, Micronésie, Nouvelle-Guinée, Mélanésie, Nouvelle-Calédonie, Australie, Polynésie.*

Ce quatorzième volume, magnifique et attrayant comme les précédents, commence par une description générale de l'hémisphère océanique et des régions australes. On ne peut lire avec indifférence cette riche description, où l'on trouve, dans un style toujours beau et dans un ordre parfait, des comparaisons inattendues et pleines d'intérêt, et des vues d'une grande portée. « De même, dit l'auteur, que la nappe *sans bornes* des eaux où se hasardaient avec terreur les premiers nautonniers hellènes finit par se révéler *mer close*, simple golfe intérieur, quand les marins en eurent reconnu, de l'Europe à l'Afrique, l'enceinte de rivages, de même le formidable Atlantique, encore tenu pour illimité il y a quatre siècles, se révèle à son tour comme une vallée sinueuse entre les deux moitiés de l'hémisphère continental, l'Ancien Monde et le Nouveau... »

C'est seulement par les découvertes modernes et par des établissements de date récente, que la moitié australe de notre planète s'est trouvée « annexée à l'autre moitié du globe, dont l'Europe occidentale occupe le milieu », et que le monde, auparavant

teur Roman von Baracz (de Lemberg), qui a trouvé cette affection successivement chez deux fiancés, et a pensé qu'elle s'était transmise de l'un à l'autre par les baisers du jeune homme, le premier atteint. — L. H. P.

---

### Prophylaxie des maladies épidémiques et contagieuses,

Par le docteur P. Bouloumié.

Le docteur P. Lardier (de Rambervillers) soulève, dans une note sur la *prophylaxie des maladies épidémiques et transmissibles*, une intéressante question, celle de savoir s'il n'y aurait pas lieu de fonder un *Bulletin des maladies épidémiques* informant périodiquement tous les médecins des maladies régnantes observées dans toutes les communes de France.

Son but est de restreindre, dans la limite du possible, la diffusion des maladies épidémiques, et l'objet de son mémoire est d'obtenir des pouvoirs publics les moyens d'y parvenir.

Ayant remarqué, dans tous les établissements d'éducation dont il est le médecin, que c'est toujours dans la quinzaine qui suit les vacances que se manifestent les premiers cas de maladies contagieuses ou épidémiques, M. Lardier se demande si, dans les régiments, il n'en est pas de même, et si ce ne sont pas très souvent les recrues ou les hommes revenant de congé ou de permission qui rapportent dans ce milieu, particulièrement favorable à l'évolution des germes infectieux, la caserne, les maladies contagieuses et les épidémies qui sévissent ultérieurement sur la population civile des villes de garnison.

Pour obvier à cet état de choses, M. Lardier voudrait que tous les médecins fussent informés jour par jour, s'il était possible, mais au moins de semaine en semaine, de l'état sanitaire de notre territoire tout entier.

En attendant qu'il y ait des inspecteurs départementaux désignés pour veiller à tout ce qui intéresse l'hygiène publique, l'autorité préfectorale pourrait être saisie par les médecins dès l'apparition d'une maladie facilement contagieuse ou épidémique dans une localité quelconque de sa circonscription. La franchise postale serait accordée pour cela comme elle l'est pour l'inspection des enfants du premier âge.

Les renseignements parvenus aux préfectures seraient, toutes les semaines, trans-

---

incomplet, a pu fournir les éléments d'une histoire universelle des peuples, des races, des animaux, des végétaux...

Ce sont surtout les conséquences de cette *annexion* qui sont largement exposées dans la description générale de l'immense région dont les descriptions particulières vont remplir le volume, avec les notions générales de géographie, de cosmographie, etc.

On comprend tout de suite que, dans un pareil chapitre, l'auteur a dû réunir d'innombrables matériaux. Nous allons en citer quelques-uns, pour permettre à nos lecteurs de se faire une idée, au moins approximative, de ce grand travail : Précieux renseignements relatifs à l'histoire, à l'industrie, au commerce; — excellents récits des découvertes modernes dans les terres océaniques ; — rectification des erreurs énormes auxquelles ces découvertes ont donné lieu; — recherche et connaissance de l'épaisseur des mers, et détails curieux, par exemple, l'immense profondeur de 8,372 mètres entre les Carolines et les Mariannes ; — ce qu'on trouve au fond de la mer; — les tempêtes moins fréquentes sur le Pacifique que sur l'Atlantique, principalement dans les parages orientaux, région que les marins espagnols appelaient jadis « Golfe des Dames, où un équipage de jeunes filles aurait pu sans danger manœuvrer les galions chargés d'or qui partaient d'Acapulco ». Cette circonstance n'est peut-être pas sans importance au point de vue du percement de l'isthme de Panama; — direction des vents, des pluies par suite des contours insulaires et des massifs montagneux, mouvement des eaux dans le grand bassin océanique, phénomènes si intéressants pour les navigateurs ; — effets du mélange des eaux froides et des eaux tièdes dans les océans ; — causes des chan-

mis à la direction centrale des services d'hygiène publique, sous quelque nom qu'elle fonctionne, et celle-ci assurerait la publication régulière du *Bulletin des maladies épidémiques,* qui serait joint au *Journal officiel,* sous forme d'un supplément, et qui serait adressé à tous les maires, ainsi qu'à tous les médecins des services d'assistance ou d'hygiène.

Telle est l'économie générale du projet de M. Lardier qui mérite de fixer l'attention et appelle la discussion.

L'idée est bonne et peut devenir pratique; mais elle ne peut être poussée dans ses applications jusqu'aux limites que semble, logiquement d'ailleurs, lui tracer son auteur.

Jusqu'à présent, les précautions suivantes ont seules été prises : les unes concernent l'armée, les autres les élèves des lycées et collèges.

*a*) Pour éviter la propagation des maladies vénériennes et de la gale notamment, les règlements militaires prescrivent de ne laisser partir aucun homme en vertu d'un congé ou d'une permission, sans que le médecin ait constaté son état et n'ait signé la feuille de congé et de permission.

Au retour, l'homme se présente de nouveau au médecin.

Evidemment, en ce qui concerne l'incubation d'une maladie contagieuse, cette visite est nulle dans ses résultats, mais elle a son utilité en d'autres circonstances.

*b*) Pour éviter la transmission des maladies contagieuses et le développement des épidémies dans les lycées et les écoles dépendant du gouvernement, il a été prescrit au cours de cette année que les élèves atteints par des maladies contagieuses ne pourraient rentrer aux lycées ou écoles qu'après un temps variable suivant la maladie, mais déterminé pour chacune d'elle.

Un premier pas a donc été fait dans cette voie, tant par l'administration civile que par l'armée; mais, évidemment, il y a mieux à faire, et il faut le faire même si l'on considère que pour cela il y a quelque dépense à imputer au budget de la santé publique, car il ne faut pas oublier que « toute dépense faite en faveur de l'hygiène est une économie. »

Paris possède depuis huit ans son service de *statistique municipale* qui fait parvenir à tous les médecins de la Seine son *Bulletin hebdomadaire* rédigé avec le plus grand soin par le chef des travaux de la statistique municipale de la ville de Paris, le docteur J. Bertillon.

---

gements de forme des continents; — modifications opérées par les coraux, etc., etc.

Après des considérations générales sur les flores et sur les faunes, l'auteur termine son intéressant préambule par cet aperçu tout empreint d'avenir et de libéralisme : « Le monde de l'Océan, dit-il, est presque entièrement partagé comme l'Afrique. Disposant des mille chemins de la mer et de celui qu'ils se sont ouvert par l'isthme de Suez entre deux continents, les Européens l'emportent sur tous les envahisseurs d'autrefois, Hindous, Arabes et Chinois, par la vitesse des mouvements, la force matérielle, l'ascendant de la civilisation, et d'année en année ils ont une prise plus forte sur ces régions, situées pourtant aux antipodes de leur patrie. On peut même dire qu'avec les colonies australiennes et la Nouvelle-Zélande s'est constituée une autre Europe, faisant une sorte d'équilibre géographique à l'ancienne, de l'autre côté de la planète, et lui servant d'avant-garde dans les mers australes. Mais est-on en droit de célébrer comme une *victoire de la civilisation* et comme le progrès par excellence cette expansion de la race et des idées européennes, alors qu'elle s'achète par la violence, l'asservissement et par la destruction systématique de populations entières? »

Dans l'ensemble considérable des terres océaniques, les individualités, et par conséquent les descriptions particulières, sont tellement nombreuses, qu'il nous serait impossible d'en donner, dans nos colonnes, même une simple énumération. Ces terres sont classées sous nos yeux dans onze groupes : Les îles de l'océan indien, — l'Insulinde, — les Philippines, — la Micronésie, — la Papouasie, — la Mélanésie, — l'Australie et la

Si nous supposons ce service de la statistique étendu de Paris à la France entière, nous supposerons son bulletin considérablement revu et diminué, bien entendu.

La revue rétrospective de météorologie, qui nous renseigne le 21 *décembre* sur le temps qu'il a fait à Saint-Maur et à Montsouris du 9 au 15, et sur la situation générale météorologique du 25 *novembre* au 1er *décembre*, n'a pas grand intérêt pour le praticien. Le nombre des naissances, inférieur ou supérieur à ce qu'il a été les années précédentes au cours des semaines correspondantes, ne peut guère intéresser que des curieux voulant se reporter aux éphémérides des précédents mois, et chercher l'influence de celles-ci sur la repopulation ou la dépopulation de la France. La nomenclature présentée sous forme de tableau des *décès par causes, par âges et par sexes* n'a qu'un intérêt de statistique, puisqu'elle reparaît dans le résumé final. Il en est de même du nombre des *mariages et des enfants nés vivants ou morts, légitimes ou illégitimes*, et de la *répartition de décès suivant la cause et le domicile*, toutes questions qu'il faut pouvoir étudier dans une bibliothèque ou dans un bureau spécial de statistique, mais auxquelles les 9 dixièmes au moins des médecins ne consacrent qu'un coup d'œil distrait à l'arrivée du bulletin, avant de lire à ce qui les intéresse le plus spécialement et presque exclusivement, le *relevé du mouvement dans les hôpitaux pour les principales affections épidémiques ou contagieuses* et surtout le *résumé de la semaine*.

Ainsi instruits par l'expérience, nous pouvons dire qu'un bulletin hebdomadaire de statistique, réduit au relevé du mouvement dans les hôpitaux et au résumé de la semaine, le tout présenté sous la forme la plus concise possible, et mentionnant spécialement les principales affections contagieuses et épidémiques sévissant sur un point quelconque de la France, serait très bien accueilli et très utilement consulté dans bien des cas par les médecins et même par les familles; mais pour établir ce bulletin avec précision et autorité, il faudrait être assuré de la transmission exacte et régulière des renseignements de tous les médecins à la préfecture de leur département et des préfectures au bureau de la statistique et ce n'est pas chose facile! Pour le répandre sans trop de frais, il faudrait qu'il fût adressé seulement aux mairies, où il serait mis à la disposition du public et de tous les médecins de la localité en particulier, aux hôpitaux civils et militaires, aux médecins chefs de service des régiments.

Cela fait, une autre difficulté beaucoup plus grande surgirait. Jusqu'à quel point pourrait-on refuser à un militaire une permission ou un congé pour aller dans sa famille, par cela seul qu'il y aurait, dans le village ou dans la ville habitée par ses parents, un ou plusieurs cas de maladie contagieuse ou épidémique? Comment un homme

---

Tasmanie, — la Nouvelle-Zélande et les archipels voisins, — les îles Fidji, — la Polynésie équatoriale, — l'archipel havaïen.

Tous ces pays insulaires, généralement peu connus encore, et par cela même excitant notre curiosité, l'auteur nous les a en grande partie révélés par ses descriptions et par de charmants dessins, qui offrent le tracé des confins, les vues des pays et des villes, les portraits et les costumes des indigènes, etc., de sorte que lire cette œuvre si complète c'est presque voyager dans les îles elles-mêmes; d'autant plus que les faits historiques pour chacune des peuplades, leurs mœurs privées, leurs industries, leur commerce, le degré de leur civilisation, etc., sont amplement exposés.

S'il s'agit des excursions des indigènes ou des migrations des ancêtres des Polynésiens actuels : « Pour atteindre, dit-il, la plupart des îles polynésiennes, éparses au sud de l'équateur, les bateaux des émigrants, libres ou forcés, ont dû faire de grands détours pour rentrer par des remous latéraux dans la zone du courant normal et des vents alizés... Et de ces voyages aventureux, combien ont dû se terminer par un désastre! Combien de malheureux sont morts de faim, de soif, d'épuisement avant d'atteindre la terre désirée! Le destin jette les hommes à la surface de la terre comme la semence des plantes emportée par le vent, et des milliers de grains périssent avant qu'un seul puisse germer dans un terrain favorable! » Que de pensées fait naître dans l'esprit la lecture de cette phrase.

Parmi ces innombrables mondes, d'étendue si diverse, entourés de mer, il en est qui sont d'une importance supérieure ou qui ont conquis avant les autres une notoriété

pourrait-il jamais espérer obtenir un congé pour Paris, Lyon ou toute autre grande ville? Que fera-t-on d'un homme qui dans son pays, au cours d'un congé, se trouvera dans un foyer épidémique? Faudra-t-il l'y laisser jusqu'à disparition de l'épidémie ou guérison du dernier cas d'une maladie contagieuse et le rappeler seulement lorsque tout danger de contamination aura cessé pour ses camarades? Ou bien le laisser rentrer et, à sa rentrée au corps, l'isoler pendant quelques jours et le désinfecter, autant que possible, lui et ses effets? Autant de questions qui ne peuvent être résolues dans un simple article de journal et qui ne pourraient l'être qu'avec l'assentiment de l'autorité militaire, mais qui ont une très réelle importance, et sur lesquelles M. Lardier a très justement, il faut le reconnaître, appelé l'attention.

*A priori*, étant données l'insuffisance démontrée des quarantaines terrestres et l'impossibilité de s'opposer à toute contagion directe ou indirecte de la part des militaires, comme des collégiens en congé, en même temps que l'impossibilité de refuser, en toutes circonstances aux uns et aux autres, des congés par cela seul qu'il y a un cas ou deux de maladie contagieuse dans le pays où ils doivent se rendre, j'estime que, quant à présent, les moyens suivants pourraient être facilement et très utilement mis en pratique :

1° Etablir une statistique départementale hebdomadaire (en attendant qu'elle soit établie par arrondissement et par canton) qui serait envoyée régulièrement au Comité consultif d'hygiène, lequel pourrait s'entendre avec la ville de Paris pour dresser un bulletin de statistique sanitaire hebdomadaire de la France au lieu de la statistique municipale actuelle. Ce bulletin serait adressé à tous les maires, avec le *Journal officiel*, et à tous les hôpitaux civils et militaires, ainsi qu'à tous les médecins chefs de service dans les corps de troupe, et pourrait être mis pour un prix d'abonnement très minime à la disposition de tous les médecins qui en feraient la demande.

2° Délivrer aux permissionnaires et aux jeunes gens ou aux hommes allant en congé un certificat constatant l'absence ou l'existence d'une épidémie dans la localité qu'ils quittent pour se rendre en permission ou congé, et faire signer, au moment du retour, cette pièce par le médecin civil désigné à cet effet (médecin de l'Assistance publique) ou le médecin militaire, suivant les cas constatant l'existence ou l'absence de maladies épidémiques ou contagieuses.

3° Dans le cas de présentation à la rentrée au corps, au collège ou au lycée d'un certificat médical constatant l'existence d'une maladie épidémique ou contagieuse, prescrire

---

plus ou moins grande. Nous pouvons citer l'Australie, dont la faune et la flore ont frappé d'étonnement les Européens qui l'ont explorée les premiers, et dont l'ébauche de civilisation a fourni d'utiles renseignements à l'anthropologie; — les de la Sonde, qui dernièrement ont fait tant de bruit, où l'on trouve Sumatra, d'ou .Europe a reçu les premiers envois de gutta-percha (geta-pertja), dont les mœurs sont si différentes dans les différentes parties de l'île, dans l'intérieur de laquelle vivent encore des milliers d'êtres humains, qu'on ne voit guère qu'au milieu des forêts, où ils mènent une existence errante comme les animaux; — la Nouvelle-Guinée, les Moluques, les Philippines, la Nouvelle-Zélande, etc., etc.

Il en est aussi qui ont pour nous un intérêt direct, et ce ne sont pas les moins riches et les moins importants, entre autres, les suivants :

TAÏTI, la plus grande des îles de la Société, rendue célèbre par le fameux navigateur Cook, la *nouvelle Cythère* de Bougainville, qui a été citée comme un paradis terrestre, « Papeeté, résidence du représentant de la France, est une gracieuse bourgade, entourée, comme toutes les villes océaniennes, de jardins et de palmeraies, où résonnent souvent les *himéné*, c'est-à-dire les mélodies que les jeunes hommes et les jeunes filles chantent d'une voix harmonieuse en chœur à plusieurs parties. » Taïti pourra avoir une véritable utilité commerciale par suite du percement de l'isthme de Panama, et serait dès à présent un charmant but de promenade pour certains infirmes.

La NOUVELLE-CALÉDONIE et les ÎLES LOYAUTÉ, dans la Mélanésie française. La Nouvelle-Calédonie, une des terres les plus considérables du Pacifique, a été, malgré ses dimen-

et faire exécuter toutes les mesures de désinfection et de précautions compatibles avec les installations de casernes, écoles ou lycées.

Par ces moyens, les chances de transmission à distance des maladies épidémiques ou contagieuses seraient diminuées, mais on n'arrivera à des résultats pleinement satisfaisants que lorsqu'on aura définitivement organisé l'hygiène publique en France et généralisé l'installation et l'emploi des étuves à désinfection et des moyens sérieux d'isolement.

## REVUE DES JOURNAUX

**Un cas d'anévrysme partiel du ventricule gauche du cœur,** par le docteur Nino de Andrade. (*O Brazil Medico*, septembre 1888.) — Un malade alcoolique et impaludique présentait une ascite considérable, sans œdème ni albuminurie. Après la paracentèse, on trouva le lobe gauche du foie augmenté de volume.

La matité du cœur était accrue à droite, et il existait un souffle systolique à maximum xyphoïdien avec pouls veineux jugulaire. Quand le malade était couché, la réplétion de la veine était énorme, et cette tuméfaction disparaissait quand il s'asseyait; il ne restait alors que le pouls veineux.

Diagnostic : insuffisance tricuspide primitive, compression du diaphragme et de la veine cave par le foie dans le décubitus horizontal.

A l'autopsie, on trouva un anévrysme partiel faux consécutif du ventricule gauche. Il siégeait dans l'angle formé par le sillon de la base et le sillon interventriculaire et était du à une myocardite ayant succédé elle-même à une péricardite; le péricardite épaissi formait la paroi externe de l'anévrysme. Deux orifices faisaient communiquer la cavité avec le ventricule.

Le pouls veineux était dû à la compression par l'anévrysme de l'oreillette droite dilatée à chaque systole du ventricule, et le souffle produit par l'anévrysme avait son maximum à l'appendice xyphoïde, cause de la locomotion du cœur. — P. R.

**De l'hydrargyrie suraiguë et de son traitement par le soufre,** par le docteur A. Luton. (*Union médicale du Nord-Est*, octobre 1888.) — L'injection du mercure coulant à la dose de 1 à 2 grammes dans le tenseur du fascia lata ou le vaste externe de la cuisse expose, quoique rarement, à des accidents d'hydrargyrie suraiguë. Il existe un

---

sions, une de celles qui ont été le plus tardivement découvertes, et n'a été annexée à l'empire colonial français qu'en 1853. « Quelle que soit, dit l'auteur, actuellement et dans l'avenir la valeur économique de la Nouvelle-Calédonie, son nom dans l'histoire lui vient surtout du rôle qui lui est échu comme lieu de transportation depuis 1864, et surtout après les événements de la Commune. Si petite est désormais la terre, que nul événement ne peut s'accomplir sans avoir son contre-coup jusqu'aux Antipodes. Après avoir été un lieu de bannissement pour des milliers de Français entraînés dans les tempêtes politiques et sociales, l'île mélanésienne est devenue la prison d'autres milliers de Français condamnés par les lois et soumis à l'expérience d'une pénalité nouvelle. La terre néo-calédonienne est moins une colonie, comme il est convenu de l'appeler, qu'un lieu d'expériences, où philanthropes et criminalistes essayent leurs systèmes respectifs, les uns pour améliorer, les autres pour punir les condamnés. » Aux descriptions claires et complètes de la surface de l'île, sauf les points encore inconnus, et du récif prolongé de coraux qui l'entoure, laissant heureusement de distance en distance des brèches pour le passage des navires, l'auteur a réuni des dessins d'un incontestable mérite artistique, qui nous donnent une vue générale de la rade de Nouméa, une image curieuse d'une habitation de chef kanake, des portraits intéressants d'indigènes, des cartes géographiques, etc.

Madagascar, l'un des corps insulaires les plus considérables de la planète. On peut dire que Madagascar est, en ce moment, à l'ordre du jour en France. « ... Le peuple dominateur (*Hova*) a dû accepter, dans ses relations avec les puissances étrangères, d'être

moyen qui conjure à coup sûr cette complication formidable, et cela d'une façon bien plus efficace que le chlorate de potasse, c'est le soufre sous la forme de soufre sublimé.

La préparation qui convient le mieux est un électuaire, soufre et miel à un cinquième. On peut en donner largement deux cuillerées à café (combles) par jour, à jeun; un peu d'eau froide en favorise la déglutition.

Nous pouvons donc conclure, dit Luton, que : si le mercure est le spécifique de la syphilis, et cela d'autant plus sûrement qu'il est plus près de son état métallique, on peut affirmer que le soufre, à titre de corps simple métalloïde, est également le spécifique de l'hydrargyrie dans ses formes les plus intenses. — P. R.

## Sociétés savantes des départements

### SOCIÉTÉ NATIONALE DE MÉDECINE DE LYON.

*26 mars 1888.* — M. Perret s'occupe de la fièvre *typhoïde expérimentale*. Les animaux de laboratoire ne la contractent pas. Quant au cheval, il regarde comme certain, d'après les travaux de Lebat, que ses affections typhoïdes ne sont pas les mêmes que celles de l'homme.

En 1885, M. Rodet et lui ont cherché à inoculer le sang, les matières fécales, etc.; ils n'ont eu que des insuccès. On échoua aussi en portant les produits typhiques directement dans le duodénum.

En 1887, ils ont employé des cultures qui, comme l'on sait, ont donné des résultats variables, selon les expérimentateurs. Les résultats n'ont pas été probants.

M. Perret est convaincu qu'on n'a pas encore transmis la fièvre typhoïde à l'animal et qu'on peut conclure avec Chantemesse et Widal qu'en inoculant le bacille d'Eberth chez certains animaux, ce n'est pas l'image fidèle de la fièvre typhoïde de l'homme que l'on reproduit, mais une septicémie engendrée par la pénétration du bacille d'Eberth.

M. Girin dit que, pour lui, la fièvre typhoïde n'est pas contagieuse et que le bacille est non la cause, mais l'effet de la maladie.

*16 avril.* — M. Marduel félicite M. Vincent des résultats qu'il a obtenus à la Maternité par l'emploi rigoureux de l'antisepsie. Cependant il ne croit pas que l'expression

---

représenté par la République française, et, en fait, se trouve ainsi réduit au rôle d'Etat protégé. Un point du littoral et quelques îles du voisinage appartiennent à la France. »

Madagascar, admirable pays d'avenir, est donc, si la France sait le vouloir, presque une colonie française, et peut devenir pour elle dans la suite une source de richesse. Aussi, est-ce avec un véritable intérêt qu'on lit le récit des tentatives faites par les Français pour s'établir dans la grande île qu'ils appelaient l'île Dauphine ou la France orientale; que l'on voit, en 1642, une Société française, dite *de l'Orient*, recevoir de Richelieu « la concession de Madagascar et des îles voisines *pour y ériger colonies et commerce*; et l'année suivante, quelques compagnies débarquer dans l'île, donnant ainsi une première sanction aux *droits historiques* sur Madagascar réclamés par le gouvernement français dans ses débats ultérieurs avec l'Angleterre... De fréquents édits royaux rappelèrent, après l'abandon de Madagascar, que la *Couronne* maintenait ses droits de possession... »

A la suite de ces détails historiques, et après avoir signalé le curieux et habile, mais odieux système d'isolement politique adopté par les Hova, l'auteur est entré dans la description géographique de Madagascar : Pentes du sol, forêts qui les recouvrent, notions géologiques, volcans, cours d'eau, baie magnifique de Diégo-Suarez, littoral, climat, flore aux formes remarquables, faune non moins originale, ethnologie, mœurs, description et vue de la capitale Tananarive, de Tamatave, et autres villes principales, religion, gouvernement, commerce, etc., etc. Sur tous ces points, les renseignements abondent, et l'on regrette de ne pouvoir s'y étendre plus longuement.

utérine soit dangereuse et pense que la masse rendue aseptique peut sans danger être introduite dans l'utérus.

Dans les hémorrhagies, il est certain que les injections chaudes rendent de grands services, mais il croit qu'il n'est pas possible d'établir d'une manière générale que c'est à elles que doivent se borner les manœuvres de l'accoucheur. Dans les cas d'adhérence ou de rétention du placenta, l'introduction de la main est sans danger. Dans la rétention, après l'avortement, le médecin peut attendre; néanmoins, quand une hémorrhagie se produit, on est autorisé à pratiquer l'extraction manuelle.

M. Berne croit que M. Vincent, en conseillant à ses accoucheuses de temporiser le plus souvent, assume une très grave responsabilité. A son avis, c'est là un mauvais acte d'accoucheur dont les conséquences peuvent être très nuisibles. Si le placenta est retenu après un avortement, que des accidents se produisent, il faut alors dilater la cavité utérine.

Après l'accouchement, quand le placenta se putréfie on doit introduire la main dans l'utérus. Quant à l'expression utérine, M. Berne ne l'a jamais employée d'une façon méthodique. A ce sujet, il insiste sur la difficulté qu'il y a souvent à reconnaître si le placenta est décollé; il y a alors un petit signe utile; le cordon étant lié, s'il est flasque, décoloré, c'est là une preuve que le placenta n'est plus adhérent.

M. Poullet croit qu'il y aurait des inconvénients sérieux à généraliser la non-intervention. La délivrance artificielle continuera à s'imposer dans bien des cas, soit à terme, soit surtout après l'avortement. Dans ce dernier cas, beaucoup interviennent, et leurs résultats sont aussi satisfaisants que possible. Il faut intervenir soit avec les doigts, soit avec les instruments, curette, écouvillon, non pas seulement quand des accidents sont menaçants, mais dès que les accidents paraissent. La femme ayant un placenta abortif, on doit surveiller la température, et, dès que celle-ci atteint 38°, M. Poullet n'hésite pas à dilater le col, et à faire, pendant l'anesthésie, un curetage soigné de l'utérus.

Après un accouchement, il fait toujours la suture des déchirures périnéales, et quand le col utérin est déchiré d'une façon un peu sérieuse, il place des points de suture sur le col lui-même. Les manœuvres elles-mêmes, le traumatisme utérin, sont des quantités presque négligeables, tandis que la propreté absolue est d'une importance capitale en obstétrique.

M. Chassagny s'étonne de ne pas avoir entendu citer l'appareil élytro-ptérygoïde qui permet la dilatation rapide du col, l'exploration de la cavité, l'arrêt des hémorrhagies.

---

Pour terminer cette revue à la vapeur du beau livre de M. Elysée Reclus, plaçons ici une citation curieuse : « Les Hova, de même que les Japonais, se sont lancés avec une sorte de furie dans l'imitation de la culture européenne... Madagascar a des Sociétés savantes! Radama II, qui en montant sur le trône, en 1861, commença par déclarer, dans un grand conseil, que désormais tous les blancs *faisaient partie de sa famille*, eut même l'idée de fonder une Académie des sciences! »

Nous nous arrêtons ici, quoique les lignes qui précèdent soient bien insuffisantes pour faire ressortir complètement le mérite de la publication qui nous occupe, mais nous aimons à croire qu'elles suffiront pour faire pressentir tout ce qu'on doit y trouver, et nous n'hésitons pas à recommander chaudement au corps médical français un livre où l'on trouve unis le nombre et l'exactitude des renseignements et des descriptions, l'ingénieuse grandeur des vues, et le charme du style. Dr G. Richelot père.

---

Teinture antinévralgique composée. — Medilaff.

Teinture de racine d'aconit.......... }
Teinture de semences de colchique........ } ââ volume égal.
Teinture de belladone.................... }

Mêlez. — Six gouttes, toutes les six heures, pour calmer les douleurs de la sciatique.

N. G.

*23 avril.* — M. PONCET présente à la Société un malade atteint d'une affection indéterminée siégeant dans l'angle interne de l'œil droit et empiétant sur le nez et une partie de la joue. Il s'agit peut-être d'un *rhinosclérome*, peut-être d'une affection syphilitique.

Pour M. GAYET, il s'agit là d'un épithélioma, tandis que M. OLLIER repousse cette idée et incline vers la syphilis, ainsi que M. HORAND.

— La discussion reprend sur le *traitement des complications de la délivrance.* M. VINCENT conseille la délivrance artificielle dans les hémorrhagies graves, mais reste sévère par l'usage rigoureux de la méthode de Crédé, qui est douloureuse et souvent dangereuse. Il assume sans crainte la responsabilité de conseiller le plus souvent la temporisation. Quant à l'extraction de vive force du placenta après les avortements, il y est complètement opposé et repousse la dilatation forcée et le nettoyage placentaire; les injections antiseptiques suffisent. C'est, en tout cas, par là que l'on doit commencer. Lorsque le placenta sera engagé dans le col, on ira le cueillir avec les doigts ou une pince à polypes. Du reste, M. Vincent n'est pas l'adversaire absolu de l'intervention et l'admet en cas d'hémorrhagie et toutes les fois qu'il y a une indication grave. S'il se montre timoré, c'est qu'il connaît toutes les difficultés de l'antisepsie vraie.

En résumé, il prêche la patience, l'expectation armée; c'est le vieux jeu, mais c'est le plus sûr.

*30 avril.* — M. DIDAY fait, en son nom et en celui de M. Doyon, une communication sur la *contagiosité de la lèpre.* Les auteurs admettent sa réalité et croient qu'elle peut avoir lieu : 1° par un séjour plus ou moins prolongé dans un milieu lépreux; 2° par contacts habituels, intimes avec lépreux, contacts dont les plus nuisibles sont la cohabitation entre époux; 3° par hérédité; 4° par inoculation vaccinale.

— M. PONCET présente un enfant de 12 ans chez lequel il a pratiqué, il y a neuf mois, la *résection du calcanéum et de l'astragale* du pied droit pour une ostéo-périostite aiguë. Le résultat est des plus satisfaisants; la marche a lieu sans douleur, sans claudication.

— M. PONCET montre ensuite la photographie d'une *synovite tuberculeuse* de l'index droit et du médius gauche. La lésion occupe la gaine des fléchisseurs. Il fallut pratiquer la désarticulation de l'index, et on trouva sur la face antérieure de la première phalange une petite portion osseuse dénudée, origine de la maladie.

*7 mai.* — M. VINCENT présente un enfant atteint de *méningocèle* dont le siège est très éloigné de la base du crâne. La tumeur occupe la racine du nez et envoie un prolongement bilatéral, dont la partie la plus saillante correspond au milieu du sillon nasogénien et le comble entièrement. Ce nouveau-né est, du reste, un micro-céphale.

— M. PONCET montre un fragment de verre qu'il a extrait du pied gauche d'un jeune homme de 20 ans. La tolérance avait été à peu près complète pendant sept mois.

— M. ARLOING communique une note sur la présence d'une *substance phlogogène dissoute dans le bouillon de cultures et dans les humeurs naturelles où ont vécu certains microbes.* Il s'agit de cultures du pneumococcus liquefaciens bovis. La substance produit son effet maximum quand elle est chauffée jusqu'à 80°. A 110°, elle n'est pas encore détruite. Elle paraît être de la nature des diastases, car elle est retenue en grande partie par le filtre de porcelaine ou de plâtre.

*14 mai.* — M. A. PONCET présente un *énorme sarcome de la langue* du poids de 400 grammes. Il s'agit d'un sarcome fasciculé développé dans l'épaisseur de l'organe, très probablement dans le tissu cellulaire sous-muqueux et intermusculaire. Le malade, âgé de 32 ans, avait vu la tumeur débuter à peu près huit ans auparavant.

— M. OLLIER insiste sur ce fait que certaines *ankyloses* se produisent, à la suite de luxations réduites du coude, sous des influences encore peu connues et sont le résultat de l'ossification des couches parostales. Cette ossification change complètement la forme du membre et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic. On doit formelle-

ment éviter d'effectuer trop tôt des mouvements dans une articulation luxée et réduite. Comme traitement, M. Ollier recommande les résections sous-cutanées.

— M. Ollier fait encore une communication sur la *synovectomie* ou ablation de la synoviale. Cette opération est applicable dans les cas où la synoviale est le siège de processus tuberculeux assez avancés. Parfois les os sont intacts, tandis que la synoviale, en couche épaisse, est criblée de petits foyers caséeux et purulents. Avec l'ischémie, l'anesthésie et l'antisepsie, avec des drainages latéraux et postérieurs, cette opération est bénigne et donne d'excellents résultats immédiats. Malheureusement, les récidives sont fréquentes. C'est pourquoi on doit réserver cette opération pour les cas où la synoviale seule est malade. Quand les épiphyses sont envahies par les masses tuberculeuses, et surtout quand il s'agit d'adultes, la résection s'impose avec des résultats aujourd'hui magnifiques. — P. C.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

M. Brown-Séquard présente une note de M. Ch. Henry, bibliothécaire à la Sorbonne, sur la dynamogénie et l'inhibition. Les travaux de l'illustre physiologiste ont démontré le grand rôle que jouent dans le fonctionnement normal de la vie et dans la pathogenèse ces deux modes de l'action nerveuse. Les excitations dynamogènes sont celles qui, plus ou moins instantanément, dans des parties nerveuses ou contractiles plus ou moins distantes du lieu de l'irritation, exagèrent plus ou moins une puissance ou une fonction; les excitations inhibitoires sont celles qui, dans des conditions analogues, font plus ou moins disparaître une puissance ou une fonction. En quoi consiste le mécanisme de ces réactions? Le problème est impossible à préciser généralement, car on ignore le plus souvent les quantités d'excitation et toujours les quantités correspondantes de réaction physiologique. M. Charles Henry a réussi à tourner la difficulté et est parvenu à résoudre le problème dans un certain nombre de cas particuliers qui se multiplieront d'ailleurs indéfiniment avec les progrès de l'expérimentation. Choisissant, d'une part, des excitants bien définis : mesures linéaires, vibrations sonores, longueurs d'ondes lumineuses, etc.; complétant, d'autre part, l'insuffisance des données physiologiques par la connaissance de la nature agréable ou désagréable des réactions mentales correspondantes, lesquelles sont toujours accompagnées : le plaisir de dynamogénie, la peine plus ou moins rapidement d'inhibition, M. Henry se demande quelle est la forme des mouvements expressifs qui peuvent être décrits continûment, c'est-à-dire avec production de travail, quelle est la forme de ceux qui ne peuvent être décrits que discontinûment, c'est-à-dire avec empêchement à chaque instant? L'auteur note qu'*au point de vue de la conscience*, la forme des mouvements d'expression est circulaire; il remarque que l'élément vivant est à ce point de vue comme un compas qui, ne pouvant décrire continûment que des petits cycles et plus ou moins discontinûment des grands cycles, doit exprimer par des changements plus ou moins réels de direction de la force les variations d'excitation et du travail physiologique correspondant. M. Henry s'applique à étudier les trois fonctions subjectives qui ressortent de cette hypothèse, et qu'il appelle le *contraste*, le *rythme* et la *mesure*. Il rattache à des opérations mathématiques les modes de représentation successifs et simultanés de l'être vivant afin de déterminer nos unités naturelles de mesure. Il obtient ainsi des schèmes de relations numériques objectives, schèmes dont les propriétés mathématiques entraînent pour le mécanisme de l'être vivant la nécessité, suivant les cas, de réactions idéo-motrices irréductibles comme la dynamogénie et l'inhibition. Ce point de vue a permis non seulement de constituer une théorie nouvelle de la sensation auditive, mais de réaliser à volonté des harmonies de formes et de couleurs. La théorie est générale.

Parmi les nombreuses vérifications expérimentales, M. Henry cite la courbe par laquelle M. Marey a représenté ses expériences touchant l'influence du rythme sur la vitesse de progression, courbe qui marque des accroissements de vitesse précisément pour les nombres de pas à la minute, que la théorie indique comme dynamogènes.

## COURRIER

Au Comité consultatif d'hygiène publique. — Le Comité consultatif d'hygiène de France, attaché au ministère de l'intérieur par décret du 5 janvier, s'est réuni lundi pour la première fois, place Beauvau, sous la présidence de M. Bourgeois, sous-secrétaire d'Etat.

M. Bourgeois a souhaité au Comité consultatif d'hygiène de France la bienvenue au ministère de l'intérieur.

Il a ajouté que le premier effet du rattachement des services d'hygiène au ministère de l'intérieur sera de pourvoir le Comité du laboratoire qui lui manque. Il pense qu'il pourra être installé dans l'Institut créé par M. Pasteur. Ce rapprochement produira les résultats les plus heureux pour la santé publique et facilitera la création et le fonctionnement d'une école où se fera l'éducation professionnelle de nos agents sanitaires.

M. le sous-secrétaire d'Etat indique ensuite quelle sera la tâche du Comité. Il aura à rechercher quelles sont les causes permanentes d'insalubrité qui occasionnent les épidémies, et à poursuivre l'enquête commencée par M. Brouardel sur la fièvre typhoïde, sans parler des réformes à inaugurer.

Il a terminé en disant que les mesures ne seront jamais tyranniques; elles profiteront avant tout aux petits, aux faibles et aux malheureux; elles répondront enfin aux nécessités du patriotisme, car elles auront pour but et pour effet de conserver et d'accroître ce capital humain dont la moindre parcelle ne peut être perdue sans une atteinte à la sécurité nationale et à la grandeur de la patrie.

M. le sous-secrétaire d'Etat a ensuite donné lecture d'une lettre de M. le ministre de l'intérieur, priant le Comité de rédiger le plus vite possible des instructions relatives à la prophylaxie des maladies contagieuses et destinées à être envoyées aux administrations locales et agents de l'administration.

Muséum d'histoire naturelle. — M. Frémy, professeur de chimie appliquée aux corps inorganiques au muséum d'histoire naturelle, est maintenu dans les fonctions de directeur de cet établissement, pour une nouvelle période de cinq ans, à dater du 7 janvier 1889.

M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au muséum d'histoire naturelle, est uommé directeur suppléant de cet établissement, pour une période de cinq ans, à dater du 7 janvier 1889.

Prix Bressa. — A la dernière séance de l'Académie des sciences, M. le secrétaire perpétuel a donné communication d'une note qui lui est transmise par l'Académie royale des sciences de Turin, concernant le concours dn septième prix Bressa.

Ce concours aura pour but de récompenser le savant ou l'inventeur, à quelque nation qu'il appartienne, lequel, durant la période quadriennale de 1887-90, « au jugement de l'Académie des sciences de Turin, aura fait la découverte la plus éclatante et la plus utile, ou qui aura produit l'ouvrage le plus célèbre en fait de sciences physiques et expérimentales, histoire naturelle, mathématiques pures et appliquées, chimie, physiologie et pathologie, sans exclure la géologie, l'histoire, la géographie et la statistique ».

Ce concours sera clos le 31 décembre 1890.

La somme destinée à ce prix sera de 12,000 fr. (douze mille francs).

Aucun des membres nationaux résidents ou non résidents de l'Académie des sciences de Turin ne pourra concourir à ce prix.

L'inspectorat des eaux minérales. — Sous ce titre, la plupart des journaux politiques de Paris ont donné hier l'information suivante :

Le Comité nommé par les médecins des stations thermales françaises pour obtenir des pouvoirs publics la suppression du privilège de l'inspectorat, vient d'être reçu par M. le ministre de l'intérieur, et, immédiatement après, par son collaborateur, M. Monod, de qui relèvent maintenant tous les services d'hygiène.

Avec l'esprit d'initiative et de décision qu'on lui connait, et se préoccupant avant tout des malades pauvres qui viennent demander la santé aux eaux minérales, M. Monod

a déclaré qu'il était prêt à supprimer l'inspectorat et les inspecteurs partout où le service des indigents lui paraîtrait sérieusement assuré, soit par les municipalités, soit par les médecins des stations.

Dans ces conditions, la question de l'inspectorat des eaux minérales peut être considérée, en fait, comme résolue.

Les renseignements que nous avons pris nous permettent de dire que cette information est exacte.

Nous pouvons y ajouter ceci :

Au cours de la conversation avec les délégués des médecins des station thermales, M. Monod a insisté sur le tort qu'on avait, en France, de vouloir tout faire d'un coup, « ce qui est, a-t-il ajouté, le vrai moyen de ne rien faire du tout. »

C'est dans cet ordre d'idées qu'il s'est déclaré prêt à supprimer l'inspectorat là où il sera suppressible sans que le service des malades indigents soit compromis.

Dès qu'une station offrira des garanties sérieuses, dès que les municipalités, dans les villes où existent des hôpitaux thermaux, auront pris des engagements, on supprimera l'inspecteur.

Au surplus, M. Monod a ajouté que la loi Siegfried ne pouvait tarder à être votée et qu'elle assurerait évidemment ce service des indigents. « L'Etat, a-t-il ajouté, en substance, ne peut pas demander de services gratuits, et quand on ne paye pas un fonctionnaire, il trouve le moyen de se payer lui-même. »

A quoi les représentants des médecins libres ont répondu que, dans le cas particulier, les inspecteurs se payaient ainsi par l'utilisation de leur privilège et au détriment, par conséquent, de tous leurs confrères.

Ajoutons que la station thermale d'Aix-les-Bains est entrée immédiatement dans la voie indiquée par M. Monod. La municipalité a déjà envoyé l'engagement formel de garantir le service des malades hospitalisés ; les médecins de l'hôpital un engagement identique ; enfin, les médecins de la station ont rappelé que jamais, au temps de la Commission médicale qui remplaça jadis l'inspectorat, aucune plainte n'avait été formulée contre eux à propos du service des malades pauvres.

Le Conseil municipal se porte garant de cette affirmation. (*Bull. méd.*)

Ecole de santé militaire. — M. le médecin inspecteur Dujardin-Beaumetz, est en ce moment à Lyon, où il est venu étudier sur place les détails de l'organisation de la nouvelle Ecole, dont le Conseil d'administration est déjà entré en fonctions.

Dans son avant-dernière séance le Conseil municipal a voté une somme de 100,000 fr., pour l'aménagement des parties de l'hôpital militaire où s'installera provisoirement l'Ecole. Dès le 1er mars, quatre-vingts élèves pourront y être reçus.

Laboratoire de physiologie du Havre. — M. Olivier, docteur ès sciences, est chargé, pendant l'année 1889, des fonctions de sous-directeur du laboratoire de physiologie du Havre (service bactériologique).

Faculté de médecine de Lyon. — M. Blanc (Emile) est chargé des fonctions de chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Blanc (Edmond), démissionnaire.

Nécrologie. — Nous apprenons une triste nouvelle depuis quelque temps prévue. M. le docteur Cras, médecin en chef de la marine, membre correspondant de la Société de chirurgie, vient de mourir.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## L'anémie pernicieuse progressive.

### I

L'anémie pernicieuse progressive est-elle une entité morbide? Est-ce, au contraire, simplement un syndrome clinique que l'on peut rapporter à des causes diverses? Cette question a d'abord été très controversée. Actuellement il semble bien établi qu'il existe une maladie spéciale que l'on peut appeler anémie pernicieuse, maladie que l'on doit distinguer soigneusement des cas où l'altération du sang est amenée par des causes que l'autopsie permet de découvrir. C'est du moins ce qui semble résulter de la thèse du docteur Planchard et d'untr avail récent et important de MM. Hanot et Legris.

Il faut donc éloigner de l'étiologie de l'anémie pernicieuse les faits où il existait des cancers latents, de la tuberculose, des vers intestinaux. On a beaucoup insisté sur les observations où l'anémie coexistait avec la présence de très nombreux ankylostomes. Dans un cas récent de Otto de Leichtenstern les purgatifs déterminèrent l'expulsion de 1,066 parasites et le malade guérit. En fait, l'anémie, dans les observations de ce genre, comme dans ceux où l'on constate la présence du bothriocéphale, est évi-

## FEUILLETON

### L'HYPNOTISME DANS LE ROMAN D'AUJOURD'HUI (1).

Est-ce à dire que Bourget a mis la main sur un type d'exception. Hélas non ! les héroïnes du genre de Mme de Sauve, somnambules ou non, abondent dans tous les romans tant anciens que récents. Cette éternelle question de l'inconscience de la femme à certaines minutes de la vie, si monstrueuse, si désespérante, si incompréhensible pour notre cerveau d'homme, a été agitée par tous les écrivains, par Dumas fils notamment (*le Roman d'une femme*), et sans faire tort à Bourget on pourrait soutenir que l'œuvre du grand paradoxal rend avec plus de force et d'intensité cette misère de la créature humaine.

Nous n'avons plus affaire en effet, ici, à une créature dépravée par deux amants, en possédant un troisième et prédisposée, par ces trois chutes, à des chutes nouvelles. Il s'agit d'une jeune femme adorant son mari, lequel justifie cet amour par la quadruple séduction de la beauté physique, de la naissance, de la fortune et du talent.

Emmanuel, pair de France, est un orateur à l'éloquence puissante et mâle que redoute le ministère le plus solide. Sa femme l'admire à la tribune; mais l'émotion que

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 janvier 1889.

demment secondaire, et ces faits ne doivent pas être rangés dans le cadre de la maladie que nous décrivons.

On ne peut indiquer comme causes réellement effectives que toutes les débilitations, la misère, les excès, la grossesse. Cette dernière explique la plus grande fréquence chez la femme que chez l'homme. La maladie a semblé parfois débuter à la suite de diarrhées prolongées avec ou sans troubles de l'estomac. Dans un cas de Osler, il y avait atrophie de la muqueuse gastrique au niveau du grand cul-de-sac avec disparition de la couche épithéliale et des glandes en tube, et, pendant la vie, on avait reconnu les altérations caractéristiques du sang; il est juste de mentionner que le malade était alcoolique. Nous reviendrons du reste, tout à l'heure, sur ces faits. Jusqu'à présent, on peut dire que l'on ne connaît pas de causes réellement déterminantes, et que la nature réelle de la maladie nous échappe encore.

II

En effet, ainsi que nous allons le voir, il n'est pas du tout prouvé, comme on l'avait dit, que la maladie soit d'origine microbienne, l'anatomie pathologique ne peut permettre de l'affirmer.

Les lésions que l'on rencontre portent à peu près sur tous les organes.

L'ensemble du corps est décoloré, et cette décoloration se retrouve sur les principaux viscères. Les principales lésions portent sur le tube digestif et sur le foie. L'estomac, sain dans la plupart des observations, a cependant présenté parfois de l'atrophie de la muqueuse avec disparition des glandes en tube. Nous avons déjà mentionné le fait de Osler et pourrions citer encore ceux de Schumann, de Ponfick, Kinnicut, etc. Du côté de l'intestin, les altérations sont plus fréquentes : épaississement de la muqueuse et de la sous-muqueuse, dégénérescence des vaisseaux et des cellules glandulaires (Schumann, Burger, Maier); lésions nerveuses des plexus d'Auerbach et de Meissner (Sassaki), etc.

Planchard (*Loc. cit.*, p. 46 et suivantes) a vu la muqueuse de tout l'in-

---

lui causent ces luttes quotidiennes de la politique, la naissance d'une petite fille (elle est mariée depuis à peine un an) la forcent de déserter les séances de la Chambre et de rouvrir son salon en pleine lune de miel. Elle reçoit souvent, à ses cinq et sept intimes, un jeune homme, Léon de X..., qui l'aime et l'a demandée en mariage. Le prétendant évincé est revenu amené par le mari; c'est un ami ou plutôt un amoureux tremblant et sans espoir, car il sait bien qu'il n'est pas aimé. On ne le rebute cependant pas trop durement quand il parle de sa peine. Ne faut-il pas passer un peu de coquetterie à cette jeune amante qui attend avec impatience l'heure où rentrera son mari?

Mais la mort entre dans la maison; la mère de Marie, femme d'ailleurs très légère, meurt brusquement. C'est le premier chagrin de la jeune épouse pour qui la vie, jusque-là, n'a été qu'un perpétuel enchantement. Elle pleure donc sa mère avec ses larmes et avec ses nerfs. Ses fréquentes visites au cimetière l'exaltent, et, après de longues stations sur sa chère tombe, elle rentre chez elle en proie à une surexcitation violente.

Un soir, Léon est là; il cherche à la calmer. « Je souffre, répond-elle avec l'injustice des femmes victimes de leurs nerfs, personne ne m'aime! — Et moi? — Oui! vous êtes bon, généreux, mais je ne vous aime pas... Mon Dieu, que je souffre! Mon mari est à la Chambre..., il fait de la politique, de l'ambition. Que suis-je pour lui? »

Le consolateur cherche à la bercer de la musique de ses paroles; mais elle n'écoute pas ou répond qu'elle ne l'aime pas.

— Mon Dieu! mon Dieu! que je souffre! répétait Marie.

testin grêle pâle, décolorée, hérissée de petites saillies papillaires qui lui donnaient l'aspect de la psorentérie ; ces saillies étaient formées par des follicules clos isolés. Dans le cas d'Hanot, il n'y avait pas de lésions appréciables de l'intestin. (*Arch. de méd.*, 1889, 1.)

Du côté du foie, la dégénérescence graisseuse a été notée par tous les auteurs : il est grisâtre, décoloré et présente à la coupe des points plus clairs et d'autres plus foncés. Planchard a vu les cellules déformées, grenues, ayant subi la dégénérescence granulo-graisseuse; au centre du lobule, les cellules étaient presque complètement détruites. Hanot a noté l'absence de tout travail irritatif dans le tissu conjonctif; il n'y avait pas trace de sclérose, ni endartérite, ni péri-artérite. Les lésions portaient uniquement sur la cellule hépatique dont le protoplasma se montrait infiltré de granulations très fines ; dans les lobules, il existait de petits amas de cellules atrophiées.

La rate est un peu augmentée de volume et conserve sa coloration rouge.

Les reins, anémiés, sont rarement dégénérés. Dans le cas d'Hanot, on remarquait quelques rares infiltrats leucocytiques entre les canaux dont l'épithélium n'était presque pas altéré, un exsudat intra-tubulaire notable, et, par place, un peu d'artérite.

Le pancréas, le cerveau présentent la décoloration générale. Ce dernier offre parfois un piqueté hémorrhagique. Des hémorrhagies situées autour de la papille se trouvent aussi dans la rétine.

On a noté encore la dégénérescence graisseuse partielle du cœur.

Les altérations du sang sont des plus importantes et doivent être recherchées pendant la vie. Eichhorst les a décrites de la manière suivante : la couleur du liquide sanguin est assez claire, tendant parfois vers le jaune ambré et la coagulation souvent longue à se produire. Le nombre des globules rouges est très diminué, il peut s'abaisser à 143,000 par millim. c. (Quincke); ces globules sont pâles, mais leur volume est, en général, augmenté de 1 à 3 µ. Quelques-uns sont extrêmement petits, d'autres, au contraire, énormes (15 µ). Ils peuvent prendre la forme de massue, paraître

---

« Et elle appuyait ses mains sur son front pendant que Léon, la tenant dans ses bras, « lui répétait encore qu'il l'aimait.

« La pauvre enfant! Dieu l'oubliait sans doute, car elle abandonnait sa main à Léon, « ne sachant même pas ce qu'elle faisait. Ce qu'il y avait de certain pour elle, c'est « qu'elle avait la tête et la poitrine en feu, et qu'elle n'avait même pas la force de se « défendre. C'est à peine si elle s'apercevait qu'un homme se roulait à ses pieds, « en proie à tous les délires et à toutes les fièvres de l'amour. Elle tentait cependant « quelquefois de se dégager de ses bras; mais toujours elle retombait inerte et épuisée, « et trouvait, en retombant, la voix de Léon qui couvrait de ses serments les mots « qu'elle allait dire..... Elle aimait son mari jusqu'à donner sa vie pour lui, mais Emma- « nuel n'était pas là, et les sens brûlés par les baisers d'un homme, elle n'avait ni la « force de se défendre, ni même la force de crier. Dans l'état où elle était, tout homme « l'eût possédée s'il avait voulu, car elle n'était plus maîtresse de son âme. Malheureu- « sement, quelle que soit la cause, les conséquences sont les mêmes, et deux heures « après que Léon était auprès d'elle, si Marie fût morte, les anges se fussent voilé le « visage et ne l'eussent pas reconnue pour leur sœur.

« Marie savait à peine ce qui s'était passé. Léon, haletant, fou d'amour, et se traî- « nant à ses genoux, lui baisait les pieds...., Léon s'en alla sans qu'elle s'en aperçût et « la laissa à demi-morte à la place où elle était. »

Et à sa confidente, et à sa rivale, et à son mari, et à son père, et à son amant même, à tout le monde enfin elle dira, répétera qu'elle ne l'aime pas, cet homme à qui elle

tordus sur eux-mêmes; poikylocytose de Quincke. Ce dernier auteur a vu la masse sanguine tomber à 5, 4,34 p. 100 du poids du corps. Il y a peu de globules blancs et de plaquettes. Certains globules rouges contiennent des noyaux.

Copeman a exposé l'état du sang d'une manière un peu différente (*Saint-Thomas Hospital Reports,* XVI). Il a vu les globules rouges moins gros; en général de 4 à 6 μ, et note la présence presque constante de très petits globules (3 μ) arrondis et fortement colorés. Il y a diminution non seulement des hématies, mais encore des leucocytes. Le stroma des premières diminue de consistance, la matière colorante s'échappe en partie et se dissout dans le sérum; parfois elle forme des masses amorphes. Lorsqu'on laisse sécher une goutte de sang, les globules se désagrègent et il se forme des cristaux d'hémoglobine, fait sur lequel l'auteur insiste beaucoup.

Hayem et Ferrand ont étudié la richesse en hémoglobine. Dans leur cas, la richesse du sang en ce corps était tombée environ à 1/10 de la quantité normale et à 1/12 de la quantité maximum. Les globules de ce sang anémique avaient une valeur supérieure à celle des globules du sang normal, particularité tenant au grand nombre des globules hypertrophiés. Laache, Quinquaud sont arrivés aux mêmes résultats. Ce dernier a établi que le sérum est profondément altéré, ce qui distingue la maladie de la chlorose; dans l'anémie progressive, on trouve pour 1,000 de sérum 63 gr. 80 de matériaux solides; parfois ce chiffre descend à 55; au-dessous de 50, le pronostic devient grave. Quinquaud a séparé l'anémie pernicieuse de l'anémie grave des femmes en couches; il y a diminution de l'hémoglobine, diminution des matériaux solides du sérum, diminution du tiers ou de la moitié des matières albuminoïdes des principaux tissus de l'économie.

M. Planchard a réuni avec soin les cas où il y avait eu examen bactériologique du sang. Bernheim a constaté de longs bâtonnets articulés que Feltz et Engel n'ont pu ni cultiver ni inoculer; Henrot a signalé des granulations dans les globules; Frankenhauser et Pétrone ont décrit « des formes vivantes, petites, sphéroïdales, très mobiles, de la dimension d'un

---

s'est livrée. Quand enfin elle sera forcée, par certaines circonstances, de fuir en Italie avec cet amant, elle n'aura pas avec lui la moindre intimité. *Malheureusement, quelle que soit la cause, les conséquences sont les mêmes :* cette heure d'inconscience et d'oubli tue le mari, le père, l'amant, et la pauvre femme se condamne à la réclusion du cloître. Ne la voilà-t-elle pas cette même cruelle énigme posée dans toute sa navrante hideur ?

Le mot en est-il toujours somnambulisme?... Il s'agit, à coup sûr, d'un état d'inconscience fort analogue.

Mais, me répondit mon savant correspondant, quand, au reçu de la lettre qu'on a lue plus haut, j'allai lui parler du *Roman d'une femme;* mais, me répondit-il sans se prononcer catégoriquement sur ce dernier point, ces cas de somnambulisme lucide ou inconscient sont fréquents pour qui sait les reconnaître.

Vous savez qu'au début de certaines paralysies générales, de certaines maladies de l'encéphale et de la moelle, les malades peuvent être pris d'accès de somnambulisme d'une durée plus ou moins longue. Je viens justement de noter, pour la publier, l'observation d'un homme devenu plus tard paralytique et qui, sous le coup d'une de ces absences cérébrales, disparut brusquement de chez lui. Sa famille, inquiète, le suivit à la piste. Dans plusieurs villes qu'il traversa, les quelques personnes de connaissance qu'il rencontra ne remarquèrent en lui aucun trouble, aucune bizarrerie d'allures. On l'avait vu en dernier lieu discuter fort sagement avec un cocher le prix d'une course de voiture; puis on perdit sa trace. Ce n'est qu'au bout de vingt jours qu'une dépêche, qu'il

dixième de diamètre de globule sanguin et pourvues de queues; d'autres éléments étaient plus longs et plus mobiles ». Pétrone, dans un autre cas, a trouvé des micrococci qu'il regarde comme identiques, les a inoculés à des lapins et a pu déterminer chez eux une anémie générale. Aufrecht (cité par Cornil) a trouvé des vibrions ressemblant aux spirochœtes de la fièvre récurrente; il croit que ces vibrions étaient la cause de la maladie. Cornil n'a pu trouver de micro-organismes, non plus que Planchard ni Hanot. Ce dernier a ensemencé avec le sang de sa malade des tubes de gélatine peptone et d'agar-agar qui sont restés stériles.

Quelles que soient les analogies que l'on pense trouver entre l'anémie pernicieuse et les maladies infectieuses microbiques, la recherche des micro-organismes dans le sang n'a réellement, jusqu'à présent, donné aucun résultat.

M. Planchard, qui soutient la nature microbienne de la maladie, s'appuie sur les caractères des lésions hépatiques. Or, ces caractères, Hanot et Legris l'ont établi d'une façon absolue, ne se rapprochent en rien de ceux que Siredey a décrits comme caractéristiques. Les lésions des artères et des veines sont, en effet, constantes, fondamentales, et elles manquent dans le foie des malades morts d'anémie pernicieuse, ainsi que la prolifération des cellules embryonnaires suivant la voie vasculaire. En réalité, rien dans l'état actuel de nos connaissances ne permet d'affirmer la nature infectieuse de l'anémie pernicieuse.

Sandoz a admis, pour certains cas au moins, la pathogénie suivante : les troubles de la digestion provoqueraient dans l'estomac et l'intestin des fermentations dont les produits sont résorbés et peuvent provoquer l'apparition des symptômes de l'anémie pernicieuse. En admettant le fait comme démontré, il resterait au moins exceptionnel.

Rien ne prouve qu'il y ait lieu d'établir une relation entre l'anémie pernicieuse et la leucocythémie ou l'adénie (Warfwinge); bien qu'il puisse y avoir une leucocytose abondante dans l'anémie, ce n'est encore là qu'une hypothèse.

---

envoya lui-même, vint rassurer les siens. Il s'était tout à coup retrouvé à Naples, se réveillant comme d'un rêve, fort étonné d'être dans un café où, paraît-il, il avait été pris de vomissements. Il ne se souvenait de rien depuis qu'il avait quitté sa maison.

Nous sommes ici dans les prodromes d'un état pathologique. Un degré de moins et, tout en rentrant dans l'état normal ou quasi-normal, nous avons l'état d'inconscience dans lequel peuvent vivre certaines névrosées pendant un temps plus ou moins long.

Le nombre de Parisiennes rentrant chez elles, le soir, sans savoir ce qu'elles ont fait dans la journée est effrayant. Ont-elles été au Louvre ou au Bon-Marché? Peut-être bien ; elles ne savent plus au juste. Si vous insistez et continuez vos interrogations, vous les surprendrez facilement en flagrant délit de coutradictions et de mensonges. Cachent-elles la vérité poussées par le besoin hystérique de mentir? Il se peut. Mais souvent elles ont marché dans le rêve, agissant et parlant automatiquement, machinalement, sans plus se souvenir de rien.

Expliquez donc autrement que par un certain état d'inconscience somnambulique les faits suivants dont j'ai un nombre respectable d'observations.

La femme d'un riche boursier s'était éprise d'un vieux professeur de musique, laid personnage ne justifiant en rien un pareil sentiment. La jeune femme était hystérique. De quelles douces mélodies la berçait le vieillard? Il est impossible de le savoir, mais l'amante combla d'abord le vieil Amphion, marié lui-même, de riches présents; puis par ses propres domestiques, elle fit porter, soir et matin, chez lui, les repas préparés dans sa propre cuisine. Enfin la vaisselle suivit bientôt le même chemin, ainsi que

III

Le tableau symptomatique, dit Eichhorst (cité par Hanot) ne dépend que du degré de pauvreté du sang; c'est à peine si l'on peut constater des symptômes spécifiques, indépendants de cet appauvrissement graduel.

Le début est habituellement lent et insidieux, quelquefois plus brusque chez les femmes enceintes qui sont atteintes dans les derniers mois de leur grossesse.

Une fois la maladie à sa période d'état, ce qui frappe le plus, est la pâleur du malade, dont le pannicule adipeux est souvent conservé. L'œdème est noté dans un certain nombre d'observations; il est habituellement peu accusé et se montre au visage.

La faiblesse est générale et progressive; l'intelligence reste intacte, bien que l'on ait noté quelquefois des accès passagers de manie, de délire. L'insomnie est la règle; cependant quelques malades sont plutôt somnolents, répondant avec difficulté aux questions qu'on leur adresse.

Fréquemment, il y a des palpitations qui sont habituellement subjectives, bien que, quelquefois, les battements cardiaques soient forts et précipités. A l'auscultation, on trouve souvent un souffle rude, systolique, dont le maximum est sur le bord gauche du sternum au niveau de la troisième côte; il se propage dans les vaisseaux du cou et peut être perçu par le malade lui-même.

Il y a quelques faits d'hypertrophie splénique. Tantôt la température reste normale jusqu'à la fin; tantôt il y a une fièvre anémique (Eichhorst); la température monte à 40° et au-dessous, et le type est rémittent, continu ou irrégulier. Le type continu a pu faire croire à une fièvre typhoïde (Quincke).

Tous les observateurs ont insisté sur la fréquence des hémorrhagies: épistaxis, purpura, petits foyers viscéraux, de la plèvre ou du péricarde que l'on ne trouve qu'à l'autopsie; les hémorrhagies rétiniennes sont encore à noter.

---

l'argenterie qui fit la joie et l'ornement du ménage de l'adoré, jusqu'au jour où l'en fit sortir une enquête ordonnée à la suite d'une requête à fin de divorce remise par le mari au président du tribunal. Presque toute la maison du boursier avait passé chez le musicien!

Expliquez autrement l'observation de cette femme ayant un amant sans le savoir, pour ainsi dire. En dehors des rendez-vous, le jeune homme qu'elle honore de ses faveurs semble ne pas exister pour elle. Mais, l'heure de l'entrevue arrivée, elle se rappelle et se rend chez son amant en prenant aussi peu de précautions que si elle allait à la messe. Elle va sans crainte d'être vue, au grand jour, sans souci des personnes qui passent. Son mari la surprend au sortir d'un de ses rendez-vous; elle nie avec un sang-froid imperturbable et un calme qui jamais ne se dément. On réunit contre elle les preuves les plus accablantes, elle nie encore sans trouble aucun, comme s'il ne s'agissait pas d'elle-même. Un jour, enfin, le mari malheureux ouvre par hasard un calepin de sa femme qui se trouvait depuis longtemps exposé à tous les regards. Sur plusieurs feuillets, comme si l'inconsciente eût craint l'oubli, étaient notées, de la façon la plus claire et la plus précise, les dates et les heures de ses rendez-vous; et, notez ce détail: un beau soleil, figuré avec d'ardents rayons, indiquait les jours de rapprochements intimes. Elle nia encore; pour elle, le calepin n'existait pas. Pour tout le reste, dans la vie journalière, elle se comportait en femme sensée et parfaite.

Et cette jeune fille d'une famille de petits bourgeois qui, prise des douleurs de l'enfantement au Théâtre-Français, fut accouchée à la Charité, sans que ni ses parents, ni

On doit encore relever la fréquence des troubles digestifs : perte d'appétit, digestions lentes, très souvent vomissements et diarrhée. Cette dernière peut précéder les autres symptômes. (Anémie dyspeptique de Sandoz.)

Les cas où on a examiné complètement l'urine sont rares. L'albumine et le sucre manquent; les dosages d'urée sont contradictoires.

Quoique dite pernicieuse, la maladie peut guérir; mais cela est rare, et bien que Botkin ait signalé de longues rémissions, la marche est presque toujours progressive et fatale. La mort survient soit brusquement par affection intercurrente, soit lentement et progressivement par affaiblissement de toutes les fonctions; elle a lieu parfois dans l'hypothermie.

La durée serait de deux à huit mois, mais peut-être pour ces longues survies s'agit-il de faits disparates. Le pronostic est plus grave dans la puerpéralité.

Le diagnostic ne se fait guère que par exclusion, quand on a éliminé toutes les causes possibles d'anémie. A leur début, certains cas avec diarrhée, prostration et fièvre continue ont été pris pour des fièvres typhoïdes. Souvent encore on pensera à une tuberculose ou à un carcinome latents. Dans la chlorose, il s'agit surtout de jeunes filles à l'âge de la puberté, le nombre des globules rouges reste plus élevé et chacun d'eux à une puissance de coloration inférieure à la normale; le sérum n'est pas altéré. Laveran a insisté sur la confusion possible avec le scorbut.

## IV

Les traitements habituels de l'anémie échouent toujours. Le fer est inutile et la transfusion nuisible; elle provoque des embolies et de l'hémoglobinurie. Les inhalations d'oxygène ont produit quelquefois une amélioration passagère.

Le médicament le moins infidèle semble être l'arsenic (Byrom-Bramwel, Botkin, etc.). Dans six cas, Copmann l'a employé avec d'excellents résultats : la dose administrée a été de 10 gouttes trois fois par jour, et au

---

ses amies, ni l'interne, ni le médecin traitant, ni personne de son intimité pût savoir jamais des œuvres de qui elle était enceinte. Elle ne le savait pas elle-même. Bien des raisons portent à croire qu'elle était sincère : une longue observation médicale d'abord et cette grâce d'état particulière à la névrose, qui permit à cette inconsciente de se serrer, de se corseter jusqu'au dernier jour sans en souffrir le moins du monde, sans que personne de son entourage s'aperçût, plus qu'elle même, de son état (1).

Certes voilà des faits probants et propres à entraîner les convictions. Ils corroborent l'opinion exprimée par le maître que l'héroïne de *Cruelle Enigme* est une morbide, sujette à des accès de somnambulisme lucide et qu'on rencontre dans le roman et surtout dans la vie bien des cas du même genre.

Faut-il inférer de là que toute femme du monde, arrivée à un certain degré de libertinage, est une névrosée? Non certes! On n'a que trop de tendance à accuser aujourd'hui les médecins de voir la névrose partout. Il faut laisser aux Severines de Terremonde

---

(1) On trouve dans Dumas (citation que j'ai dû supprimer à cause de la longueur de ce feuilleton) une situation tout à fait semblable. Andrée de Tavernay a été endormie par Joseph Balsamo. Celui-ci, ému des choses terribles que lui révèle la somnambule, s'enfuit oubliant de la réveiller. Elle est violée pendant son sommeil léthargique, et, jusqu'au moment du travail, elle reste dans la plus complète ignorance de son état physique; ce ne fut que fort longtemps après l'accouchement qu'elle apprit le nom du père de son enfant.

bout de peu de temps on a noté une grande amélioration. Osler donne habituellement la liqueur de Fowler à la dose 5 gouttes, trois fois par jour pour un adulte. On peut réduire la dose à 2 ou 3 gouttes s'il est nécessaire. Au bout de dix jours, si l'arsenic est bien supporté, on augmente la dose de 1 goutte par jour, et on arrive ainsi à faire prendre jusqu'à 30 et 36 gouttes de liqueur arsenicale par jour. On maintient cette dose pendant dix jours, puis on la pousse jusqu'à l'obtention des effets physiologiques de l'arsenic. Les petites doses semblent, dans quelques cas, n'être pas aussi bien tolérées que les fortes. Quand la liqueur de Fowler n'est pas bien supportée, il faut essayer de la forme pilulaire. Les injections hypodermiques déterminent facilement des abcès très douloureux. La liqueur, suffisamment diluée, serait bien supportée par le rectum. Quinquaud a conseillé l'avortement ou l'accouchement prématuré quand l'hémoglobine descend vers 70 grammes. Enfin Sandoz, conséquent avec lui-même, a employé les lavages de l'estomac combinés au besoin avec les irrigations intestinales et s'en est bien trouvé. P. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 janvier 1888. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Anévrysme artério-veineux. — Traitement des salpingites. — De l'hystéropexie. — Recherches des balles de revolver dans les cavités profondes de l'oreille.

M. Trélat rapporte un cas d'extirpation d'anévrysme artério-veineux poplité ayant succédé à une blessure par balle de revolver datant de neuf ans; le sac est long de 11 centimètres et large de 10; la paroi, très résistante a sa surface interne en dégénérescence athéromateuse et calcaire. Le sac est formé par la veine; l'artère y est intimement accolée, sauf à l'extrémité par laquelle elle s'y ouvre. On a pratiqué l'extirpation après application de la bande d'Esmarch et l'opération a été faite sans grande difficulté Le malade est en voie de guérison.

---

toute la responsabilité morale de leur conduite et des malheurs qu'elles causent. Mais, aux autres, tout en les fuyant, suivant le conseil de Dumas, il faut largement leur accorder les circonstances atténuantes, plaidées, du reste, par tous les écrivains avec une désespérante éloquence.

« La femme est un être si faible, au cœur de laquelle il est à la fois si bon et si fou « de se confier! Sait-elle ce qu'elle veut et surtout ce qu'elle voudra? Elle subit l'in- « fluence de tout, excepté de la raison. N'ayant pas, comme l'homme, les grandes pen- « sées qui occupent la vie, elle croit, dans ses heures d'ennui, à tous les conseils de sa « faiblesse, ce dont elle se repent un jour, car la grande vertu des femmes est le re- « pentir (Dumas). »

Ces circonstances atténuantes, l'anatomie les impose, car, il ne faut pas l'oublier, la femme, toutes choses égales d'ailleurs, a 150 grammes de substance cérébrale de moins que l'homme.

Ne trouverait-on pas, là aussi, un des mots de l'énigme?

*(A suivre.)* Ch. Schmit.

— M. ROUTIER, sans reprendre à nouveau la question du traitement des salpingites, tient à faire remarquer que la discussion s'est beaucoup plus étendue qu'elle ne semblait devoir le faire, à la suite de l'exposé des faits qu'il a présentés. Les 10 cas qu'il a opérés étaient des cas graves nécessitant une intervention radicale.

Au point de vue pathogénique, M. Routier admet celle qui invoque la propagation par les muqueuses, opinion qui est aussi celle de M. Cornil.

Dans ses opérations, il a toujours trouvé les trompes purulentes; dans un cas, la corne utérine était malade. Il n'y avait pas d'hésitations à avoir sur le diagnostic; il est cependant quelquefois assez difficile, et il faut alors recourir au chloroforme qui permet de se renseigner aussi complètement que possible sur l'état de l'utérus et de ses annexes.

Le pronostic de l'ablation des annexes est assez grave, plus grave que celui de l'ovariotomie et de la castration. Malgré cela, l'intervention est très légitime, lorsque l'on se trouve en présence de cas analogues à ceux qu'il a observés et il ne croit pas que l'on puisse regarder ses conclusions comme trop radicales.

— M. TERRIER fait une communication sur l'hystéropexie, dont l'historique a été exposé par M. Pozzi dans une des dernières séances. Il rappelle que Gaillard-Thomas l'a conseillée et appliquée, et que, en France, lui-même a été le premier à l'appliquer pour la rétroversion.

Il a actuellement trois observations. La première a été faite en mars 1888; il avait cru à la fois à une rétroversion et à une salpingite. La première existait seule en même temps que l'ovaire était tombé dans les cul-de-sac de Douglas. La paroi antérieure de l'utérus fut fixée à la paroi antérieure de l'abdomen et l'ovaire réduit. Les suites furent bonnes et les résultats d'abord excellents; actuellement, la malade ressent dans les reins des douleurs qui augmentent peu à peu. La deuxième malade souffrait de douleurs extrêmement vives. L'utérus était en rétroversion, très gros, mou, et latéralement il y avait un peu d'empâtement. On fit la laparotomie et l'on trouva l'utérus encastrée dans l'arrière-fond pelvien; après enlèvement des trompes et des ovaires kystiques, l'utérus fut fixé à l'abdomen. Les douleurs disparurent.

M. Terrier a fait, dernièrement, une troisième opération semblable qu'il ne rapportera pas encore, parce qu'elle est trop récente.

En résumé, il a été le premier, en France, à pratiquer la fixation de l'utérus à la paroi abdominale pour rétroversion, et il convient d'avoir recours à ce mode d'intervention quand le déplacement utérin entraîne des douleurs.

M. ROUTIER a opéré une malade chez laquelle il trouva l'utérus fortement rétro-fléchi et un ovaire kystique. Ce dernier fut enlevé et la matrice fixée près de la paroi abdominale, le chirurgien espérant que des adhérences l'empêcheraient de s'enclaver de nouveau.

M. DESPRÈS s'enquiert de ce que devient la vessie après l'opération. Ne peut-elle être comprimée ou gênée quand elle se remplit? Depuis longtemps, on a dit que les déplacements utérins n'étaient douloureux qui si l'organe était enflammé; les observations de MM. Terrier et Routier viennent à l'appui de cette idée.

Il combat formellement la fixation de l'utérus à la paroi abdominale pour une simple rétroversion. Si cette dernière s'accompagne de douleurs, ce qui est ordinaire à l'époque des règles, le repos suffit pour calmer. Si il y a de la rétroflexion, les pessaires doivent être rejetés et la ceinture périnéale suffit pour redresser assez facilement l'utérus. Il faut réserver la laparotomie aux cas dans lesquels il y a des kystes ou des tumeurs.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait deux ventro-fixations; il a fixé l'organe le plus haut possible en employant un assez grand nombre de points de suture. Dans une des opérations, il n'a pu relever l'utérus et terminer la fixation qu'en remplissant de gaze la cavité de Douglas. La vessie, jusqu'à présent, a paru bien supporter l'opération, qui est aussi innoceute que l'Alexander et peut rendre de grands services dans les rétroversions douloureuses.

M. TRÉLAT a traité cinq fois des rétroversions adhérentes par la mobilisation, la réduction et l'opération d'Alexander. Dans deux cas, l'Alexander n'a pas tenu, la réduction avait été difficile; dans deux autres faits où elle avait été facile, la guérison

s'est maintenue. Chez une dernière malade, la partie supérieure du corps a seule été réellement mobilisée, et il est probable qu'il n'y aura pas guérison. L'opération d'Alexander doit être regardée comme mauvaise, si la rétroflexion que l'on veut combattre est très adhérente. Quand il y a des brides utéro-sacrées ou utéro-rectales, on n'interviendra pas s'il n'y a pas de douleurs, tandis que l'on fera l'hystéropexie lors de vives souffrances. Tous les pessaires doivent être repoussés.

M. Terrier regarde les pessaires comme inutiles et quelquefois dangereux. Il lui paraît difficile de comparer l'opération d'Alexander et l'hystéropexie. La mobilisation antérieure n'est pas très facile, même si l'on dilate l'utérus, ce qui a l'inconvénient de le ramollir. Il faut fixer l'utérus à la paroi le plus haut possible. La vessie n'a rien à craindre de l'intervention et fonctionne bien; de plus les envies fréquentes d'uriner disparaissent.

M. Chauvel rapporte une observation de M. Nimier relative à un cas de luxation tarso-métatarsienne survenue chez un jeune homme. La marche étant restée pénible et douloureuse, on fit l'ablation du premier cunéiforme huit mois après l'accident; il n'y eut qu'une amélioration légère.

M. Chauvel lit deux observations de M. Tachard relatives à des plaies de l'oreille par armes à feu. L'une d'elles concerne un jeune homme qui eut une fracture du rocher par balle de revolver, et mourut six jours après de méningo-encéphalite. Dans l'autre, il s'agit d'un homme de 60 ans, alcoolique, qui, à la suite d'une fracture du condyle par balle de revolver, succomba à des phénomènes cérébraux.

L'auteur se déclare, à l'encontre de M. Berger, ennemi de l'intervention, car il est impossible d'agir contre la méningo-encéphalite qui se montre habituellement vers le quatrième jour. M. Chauvel croit plutôt que les observations de M. Tachard sont en faveur de l'intervention. Il regarde cette dernière comme indiquée toutes les fois qu'il y a infection supposée ou phénomènes de suppuration; il faut alors débrider, laver et drainer.

M. Périer a traité récemment un malade de ce genre; il enleva la balle en deux fois et pansa au salol. Le malade guérit.

M Schwartz a observé deux blessés par balles de revolver. Chez l'un, il enleva une petite esquille, et les deux guérirent en gardant leur balle.

M. Terrier pense aussi que l'intervention immédiate n'est pas toujours nécessaire, malheureusement il survient parfois dans la suite des accidents qui peuvent être sérieux. Il est d'avis, pour éviter l'infection et les complications, de tenter l'extraction le plus tôt possible.

M. Desprès a rapporté deux exemples de non-intervention avec guérison. L'un des malades, blessé il y a cinq ans, avait une paralysie faciale qui a presque totalement disparu aujourd'hui.

M. Monod présente deux malades. L'un a eu la cavité orbitaire et l'œil enlevés pour un épithélioma, l'autre a subi avec succès la greffe épidermique de Thiersch pour un ulcère variqueux.

M. Chaput présente un malade atteint de fracture de la rotule traitée avec succès par la griffe de Duplay.

---

### Thèses présentées a la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de novembre et décembre 1888.

Lenoir (Georges) : Etude sur la chorée héréditaire. — Ollier de Vergèze (L.) : Contribution à l'étude du sydrome de Ménière. — Berger (Louis) : De l'extraction de la cataracte avec ou sans iridectomie. — Pravaz (Joseph-Léon-Charles) : De la pérityphlite et de son traitement. — Gontier (Louis) : Nature et prophylaxie de la bronchopneumonie des rubéoliques. — Chalus (Georges) : Contribution à l'étude de l'influence de l'hyper-

thermie sur la syphilis. — Michaud (Henry) : Contribution à l'étude de la néphrite insidieuse. — Benoit (Félix) : Examen médico-légal des balles déformées dans les tissus. — Chauvin (Ch.) : Considérations sur l'étiologie et la pathologie du Beriberi. — Pitiot (François) : Etude sur les abcès des sinus frontaux et leur traitement. — Rollet (Etienne) : De la mensuration des os longs des membres dans ses rapports avec l'anthropologie, la clinique et la médecine judiciaire. — Denarié (Antoine) : Des paralysies dans la rougeole. — Converset (Jules) : Syphilis et tatouage. — Perron (M.-P.-G.) : De la nature infectieuse du tétanos. — François (Paul) : Des ostéites primitives et isolées de la rotule, leur traitement ; de la reproduction de cet os après son ablation totale. — Trouillet (Alexis) : De l'ablation de l'astragale dans l'ostéo-arthrite tibio-tarsienne. — Julia (J.) : De l'oreille au point de vue anthropologique et médico-légal.

## FORMULAIRE

Pansement des ulcères variqueux. — Desplats.

On lotionne avec soin le membre et la plaie, avec une solution de sublimé au millième ; on comble la cavité formée par l'ulcère, avec une pommade antiseptique composée de 9 dixièmes de vaseline et de 1 dixième de salicylate de bismuth ; on applique par dessus, et sur tout le reste du membre, plusieurs couches de ouate ; on roule une bande que l'on serre fortement, de manière à exercer une compression régulière, et on fixe le tout, à l'aide de quelques tours de bande silicatée. On a ainsi un pansement solide, compressif et antiseptique, que le malade peut conserver jusqu'à entière guérison, et qui ne l'empêche pas de se lever et souvent même de travailler. — Au bout de 15 jours, trois semaines, un mois, suivant l'étendue et la profondeur de l'ulcère, on peut lever le pansement, et constater que la guérison est complète ou très avancée. — S'il existe de l'œdème, il faut tenir le malade couché pendant un ou deux jours, comprimer avec une bande ordinaire, et n'appliquer la bande silicatée, que lorsque le membre a repris son volume normal. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le surmenage en Angleterre. — Tout comme en France la question du surmenage est à l'ordre du jour en Angleterre. Les journaux médicaux et politiques s'en occupent à propos de la question des examens.

Un grand nombre de professeurs éminents ont déjà protesté contre le système actuel d'enseignement qui, suivant eux, est aussi mauvais pour l'intelligence qu'il surcharge, que pour le corps qu'il atrophie ; et cela dans toutes les classes de la Société.

On sait, cependant, que les exercices du corps sont beaucoup plus en honneur en Angleterre qu'en France. (*Bull. méd.*).

## COURRIER

Concours de l'internat. — Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est terminé mercredi soir 16 janvier 1889, par la nomination des candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite :

A. *Internes titulaires.* — 1. MM. Arrou, Cestan, Rénon, Terson, Vercoustre, Pineau, Chavane, Triboulet, Papillon, Nageotte.

11. Rochon-Duvignaud, Gauthier (Jean), Leblond, Goupil, Maurel, Bataille, Cartier, Berdal, Faure-Miller, Sainton.

21. Calbet, Ettlinger, Souplet, Willemin, Appert, Benoit, Bergé, Mlle Wilbouschewitch, Bardol, Soupault.

31. Claisse, Mendel, Leredde, Jacob, Ehrhard (Pierre), Lamy, Nicolle, Debayle, Breton, Vialet.

41. Basset, Matton, Blaise, Gastou, Renault, Gilis.

B. *Internes provisoires.* — 1. MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier, Legrand, Thiercelin, Gauthier (Charles).

11. Barrié, Bonneau, Rancurel, Sabouraud, Baudron, Cautru, Vassal, Pompidor, Glover, Dudefoy.

21. Baillet, Guitton, Dupasquier, Béchet, Sorel, Perruchet, Deguerет, Souligoux, Michel, Morax.

31. Bouel, Brésard, Piole, Dubrisay, Huguenin, Marx, Veslin, Malapert, Caryaphyllis, Trékaki.

41. Dominguez, Martin-Durr, Saguet, Binaud, Aubert, Auscher, Potier, Laurent-Préfontaine, Ehrhardt (Christian), Mignot.

— MM. les internes et externes en médecine et en chirurgie, actuellement en fonctions, et ceux qui ont été nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition, dans les établissements de l'Administration, pour l'année 1889.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'administration, avenue Victoria, 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements.

Ces cartes seront délivrées :

A MM. les internes de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 22 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'administration centrale, avenue Victoria, 3 ; à MM. les internes de première année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 23 janvier, à une heure et demie.

A MM. les externes de deuxième et troisième années, le jeudi 24 janvier, à une heure; à MM. les externes de première année (première moitié de la liste), le vendredi 25 janvier, à une heure ; (deuxième moitié de la liste), le samedi 26 janvier, à une heure.

L'Ecole de santé militaire. — L'Ecole de santé militaire a été constituée par l'arrivée à Lyon, le 10 courant, du directeur, M. le médecin inspecteur Vallin, du sous-directeur, M. le médecin-major Viry, de M. le médecin-major Martino, de l'aide-major Nicolas, et de deux comptables.

La ville de Lyon a commencé l'exécution de ses promesses par le vote d'un crédit de 100,000 francs destinés à l'installation du casernement provisoire à l'hôpital Desgenettes. Le conseil municipal a dû voter le supplément nécessaire pour l'édification et l'ameublement du casernement définitif.

D'après nos renseignements, l'installation complète ne sera pas terminée avant deux mois. Dès qu'elle sera prête, on appellera les élèves comme il est dit dans la décision ministérielle du 26 décembre 1888. *(Bull. méd.).*

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki commenceront le 11 février prochain, à quatre heures du soir, un cours *pratique* d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu à l'Association générale des étudiants, 41, rue des Ecoles.

Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux,**

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## Les hypnotiques nouveaux : le sulfonal et l'hydrate d'amylène.

I

Le sulfonal a été découvert par M. E. Baumann (de Fribourg-en-Brisgau). Chimiquement, c'est le diéthylsulfone-diméthyl-méthane. Il se présente en cristaux épais qui fondent vers 130, 131° (125°5, Scholvien) et est soluble dans environ 15 parties d'eau bouillante, 133 parties d'éther à 15° et 65 parties d'alcool à la même température. Notons encore qu'il est assez soluble dans l'éther, la benzine et le chloroforme et à peu près insoluble dans l'eau froide. D'après Baumann, quand le sulfonal a un point de fusion plus élevé, on se trouve en présence d'un corps inactif. Pur, le produit n'a ni odeur, ni saveur, cependant on a noté quelquefois un goût amer.

Les premières expériences régulières ont été faites par Kast (*Berliner Klinische Woch.*, 1888, 16) et Rabbas (*id.*, n° 17). Quand on en donne 2 grammes ou environ à un chien, l'animal présente, après une demi-heure ou trois quarts d'heure, des troubles du mouvement qui atteignent d'abord les membres postérieurs, puis les antérieurs. Après quelque temps, le tronc ayant quelquefois présenté quelques oscillations pendant la marche, le chien tombe et s'endort.

## FEUILLETON

### L'ANCIENNE ACADÉMIE DE CHIRURGIE (1).

La fin de l'Académie de chirurgie ne répond pas au commencement; après La Martinière, elle avait eu Andouillé, presque inconnu, pour président; ayant brillé d'un si vif éclat, elle vivait sur les souvenirs du passé. Des discussions intestines la minaient; le grand secrétaire Antoine Louis ayant disparu, elle allait périclitant; Pierre Sue était nommé secrétaire par intérim. Mais le Collège des chirurgiens florissait dans son bel édifice, tandis que la Faculté de médecine était obligée d'aller se réfugier aux vieilles Écoles de droit, rue Saint-Jean-de-Beauvais, abandonnant les locaux de la rue de la Bûcherie, qui menaçaient ruine. D'autre part, la Société royale de médecine, n'ayant que quelques années d'existence avec Vicq d'Azyr pour secrétaire, luttait contre elle. Une loi de l'Assemblée législative du 17 août 1792, puis un décret de la Convention du 8 août 1793 renversèrent et détruisirent à la fois l'ancienne Faculté et le Collège de Saint-Côme, l'Académie royale de chirurgie et la Société royale de médecine.

La chirurgie avait été épurée, émancipée et fortifiée par l'Académie de chirurgie;

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 17 janvier 1889.

Lépine a étudié l'action sur la température (*Semaine méd.*, 88, 24). Un cobaye de 330 grammes a reçu sous la peau 5 c. c. d'une solution aqueuse de sulfonal 1 1/200, soit 78 milligr. par kilogramme. Bien que le milieu ambiant fût chaud, l'animal s'est refroidi et la température centrale a baissé de 14 dixièmes de degré. Cet abaissement, que Lépine a constaté aussi dans une seconde expérience, doit manquer chez les grands animaux.

Quand les chiens soumis à l'action du sulfonal se réveillent, ils présentent pendant quelques instants encore des troubles légers de la coordination qui bientôt disparaissent complètement.

Ni la respiration, ni le pouls, ni la pression artérielle ne seraient influencés (Kast et Kriès). D'après Cramer (*Ther. Monats.*, 1888, août) le médicament n'a aucune action sur la digestion, et ce fait est confirmé par l'expérience clinique. Le chloral, la paraldéhyde et l'hydrate d'amylène ralentissent la digestion stomacale, qui se fait alors deux ou trois fois moins vite, et la digestion pancréatique est presque suspendue quand on les donne dans la proportion de 1 p. 80 d'eau.

Kast a d'abord donné le sulfonal à des hommes sains; à la dose de 2 à 3 grammes, il exagère le sommeil nocturne normal et la tendance à l'assoupissement qui accompagne la digestion, mais ne produit pas un sommeil forcé comme les stupéfiants.

Dans les cas pathologiques les plus variés (névroses, aliénation, sénilité, lésions cérébrales, maladies aiguës, affections cardiaques, etc.), il détermina, à la dose de 2 à 3 grammes, une demi-heure à deux heures après l'ingestion, un sommeil tranquille et profond qui durait cinq à huit heures environ.

Kast a noté, dans quelques cas, un peu de fatigue et de tendance au repos dans l'après-midi du lendemain, mais jamais de troubles de la motilité.

Langgaard et Rabow (*Therap. Monats.*, 1888, mai) (1) ont insisté sur l'in-

(1) Pour l'analyse des principaux travaux parus sur le sulfonal (voyez *Centralblatt für Kl. med.*, 1888, 41). — Voyez aussi : Kriffer (th. de Nancy, 1888. — *Progrès médical*, 1888, octobre).

---

cependant, avec Desault, qui porta la clinique chirurgicale à un point qu'elle n'avait pas encore atteint, l'art n'étendait guère son domaine au delà des opérations savamment et habilement pratiquées. Bichat, élève de Desault, posa les questions d'anatomie générale et prépara l'avènement du microscope; puis vint Dupuytren étonnant ses auditeurs par la sûreté de son diagnostic et la hardiesse de ses décisions. Les successeurs directs du chirurgien de l'Hôtel-Dieu n'ont pas cessé de travailler aux progrès de l'art; les applications de la méthode sous-cutanée, les injections iodées, le traitement des fistules vésico-vaginales, l'ovariotomie, etc., etc., sont là pour le prouver.

Deux fondations d'une grande importance ont eu lieu en 1820 et 1842, d'abord celle de l'Académie de médecine destinée à faire revivre le souvenir et l'utilité de ses illustres devancières, puis celle de la Société de chirurgie, faisant appel, avec Auguste Bérard, à tous les chirurgiens pour l'étude et le perfectionnement de la chirurgie sous la fière et noble devise : Vérité dans la science, moralité dans l'art.

L'Académie de médecine comprend à la fois la médecine, la chirurgie et les sciences dites accessoires; c'est l'idée de Celse et aussi de l'ancienne Faculté de médecine réunissant en un seul faisceau toutes les connaissances médicales, et rendant des services au pays, correspondant avec le gouvernement qui la consulte. La Société de chirurgie répond à la tendance actuelle des esprits : creuser plus profondément une partie limitée de la science, après en avoir toutefois étudié et possédé l'ensemble. La division du grand prix de l'internat en médailles d'or médicale et chirurgicale montre cette séparation applipuée au couronnement des études pratiques dans nos hôpitaux.

nocuité parfaite du sulfonal. Il serait excellent contre l'insomnie nerveuse. Chez une personne robuste, 1 à 2 grammes amènent un sommeil réparateur et le réveil est accompagné d'un sentiment de bien-être. On obtient l'effet somnifère même quand le médicament est administré au milieu de la nuit.

Salgo (de Budapest) a obtenu des résultats moins favorables (*Wiener med. Woch.*, 22). Chez des paralytiques généraux agités, il a agi moins bien que le chloral et pas mieux que la paraldéhyde. Dans quelques cas, il a échoué ou bien n'a donné qu'un sommeil de deux heures, en moyenne. Quand la paralysie générale est encore peu avancée, les effets somnifères sont plus nets. Les résultats ont été meilleurs dans une hystérie grave, chez un morphinomane, une épilepsie et une démence mélancolique.

Cramer (*Munch. med. Woch.*, 24, XIII^e réunion des neurologistes et médecins aliénistes du sud-ouest de l'Allemagne) n'a jamais eu d'insuccès complet. Dans 92 p. 100 des cas, le résultat est excellent. Dans la mélancolie, le sulfonal produit de la somnolence et diminue l'angoisse d'une façon tout à fait remarquable.

Œstreicher (*Berl. Klin. Woch.*, 25) a administré le médicament dans 50 cas d'affections somatiques ou mentales. Un sommeil profond arrive après deux à trois heures. Chez les morphinomanes, il n'est pas plus utile dans les premiers jours de l'abstinence que la paraldéhyde, le chloral ou l'hydrate d'amylène.

Schwalb (*Deutsch. med. Woch.*, 25 et 35) l'a donné dans 50 cas d'insomnie soit nerveuse, soit causée par une affection cérébrale, des douleurs ou la toux. Il y a eu d'excellents résultats dans presque tous les cas d'insomnie nerveuse, beaucoup moins de bons effets dans les autres. Le sulfonal devient à peu près inutile si les malades souffrent de douleurs vives, d'asthme cardiaque, d'une toux intense.

Livon (de Marseille) l'a donné à trois malades; le médicament fut bien toléré, mais ne réussit que dans deux cas (*Marseille médical*, 1888, 11).

---

Deux conquêtes contemporaines, l'anesthésie et l'antisepsie, ont renouvelé la science chirurgicale. L'anesthésie, cet admirable adjuvant de l'opérateur, supprimant la douleur et la contraction musculaire, rendent inutiles la promptitude, la prestidigitation jadis trop prisées. Vous assistez à l'application de plus en plus perfectionnée des modes de pansement antiseptique qui se rattachent aux admirables découvertes de M. Pasteur. Le rôle des matières septiques et des ferments explique l'intoxication nosocomiale; nous pouvons dire que leur exclusion des plaies, leur destruction avec des agents spéciaux, expérimentalement démontrée, comptent parmi les plus grands services que l'art de guérir ait rendus à l'humanité.

Un maître, que nous avons récemment perdu, résumait en lui les qualités maîtresses du chirurgien. Vous devinez que je veux parler d'Athanase-Léon Gosselin, président de l'Académie des sciences, professeur de la Faculté, membre de l'Académie de médecine et de la Société de chirurgie, chirurgien de l'hôpital de la Charité. Né le 16 juin 1815, il étudia successivement à Versailles et à Paris; il arrivait au concours interne des hôpitaux, aide d'anatomie, prosecteur, presque toujours le premier, enfin chef des travaux anatomiques. Le concours pour le professorat ayant été supprimé par décret, Gosselin attendit assez longtemps pour arriver à la chaire de pathologie externe qu'il occupa jusqu'à la mort de Velpeau; il devint alors professeur de clinique chirurgicale. Vous connaissez tous son *Compendium de chirurgie* commencé avec A. Bérard, poursuivi avec Denonvilliers; vous méditerez ses *Leçons sur les hernies* et sa *Clinique de l'hôpital de la*

Garnier (*Progrès médical*, 1888, octobre, 41) croit que le sulfonal, dans l'immense majorité des cas, possède véritablement à doses massives de 2 à 5 grammes une action somnifère remarquable. Il conseille de l'administrer à dose massive prise en une seule fois.

Mathes (*Centralb.*) a donné le médicament à un grand nombre de malades atteints des maladies les plus diverses. D'après lui, il a une action hypnotique complète 72 fois sur 100, incomplète 9, 25 fois sur 100 et nulle 18 fois sur 100; 19 fois sur 100 il produit des manifestations accessoires; enfin il semble mieux la seconde nuit que la première. Le plus souvent 1 gramme suffit. Le sulfonal est contre-indiqué quand l'insomnie résulte d'une toux irritante ou de douleurs non-franchement névralgiques, tandis qu'il peut être prescrit utilement dans beaucoup de névralgies vraies.

Une discussion sur le sulfonal vient d'avoir lieu à la Société de thérapeutique. C. Paul l'a utilisé avec le plus grand succès dans les insomnies nerveuses, et il n'agit que très incomplètement dans les affections thoraciques lorsque le sommeil était empêché par des maux de dents, des névralgies, etc. Huchard a échoué chez des phthisiques à toux incessante; sur 15 malades atteints d'affections cardiaques, de rhumatisme articulaire subaigu, de névralgies, etc., il a eu 5 insuccès complets, conclusions qui se rapprochent beaucoup de celles de Kiefer (de Nancy). Il réussit surtout dans l'insomnie nerveuse. M. Moutard-Martin a pris lui-même du sulfonal, il se trouvait toujours mal en train le lendemain. Hénocque a fait remarquer que, d'après l'examen du sang, le sulfonal à dose toxique agissait surtout en arrêtant les échanges.

Les doses ont un peu varié selon les expérimentateurs : 1 gramme n'agit pas à coup sûr (Rosin, *Berlin. Kl. Woch.*, 25); 2 grammes sont presque toujours actifs et équivalent à 1 centig., 1 centig. 1/2 de morphine. Œstreicher (*loc. cit.*) donne 2 à 3 grammes, ainsi que Frænkel. Kast recommande de varier les doses dans chaque cas particulier (Congrès de neurologistes allemands) et de se souvenir que les femmes réagissent très rapidement à la suite de doses minimes. Un avantage précieux est l'absence d'accoutu-

---

*Charité*, plusieurs fois rééditée. Gosselin était avant tout l'homme du devoir et aussi un maître bienveillant, un professeur accompli. Son ami et collègue, M. le professeur Richet, lui a rendu devant l'Académie des sciences un hommage affectueux refusé par Gosselin à ses funérailles. Je tiens à vous montrer un médaillon reproduisant les traits de Gosselin peu avant sa mort et dû au talent de M. O. Roty, de l'Académie des beaux-arts.

Gosselin était passionné pour la chirurgie; il croyait à ses progrès, il était heureux d'y applaudir et de les accepter. Pour lui, comme pour le vieux Guy de Chauliac, le présent ainsi que le passé ressemblaient à l'enfant placé sur les épaules du géant, et celui-là, malgré sa jeunesse, voit mieux et plus au loin.

A. Laboulbène.

---

Liniment contre la colique néphrétique. — Reliquet.

| | | |
|---|---|---|
| Chloroforme | 15 | grammes. |
| Extrait de jusquiame | 15 | — |
| Laudanum de Sydenham | 5 | — |
| Huile de camomille | 150 | — |

Mêlez. — Embrocations sur la région douloureuse dans le cas de colique néphrétique. — N. G.

mance, et il n'est pas besoin d'élever la dose du médicament quand les malades en ont pris longtemps de suite. On peut donnner aux enfants 0,25 à 0,30 ct.

Il peut y avoir quelques accidents à la suite de l'administration du sulfonal. Schmey, chez un artério-scléreux angineux, en donna 2 grammes. L'action, dit-il, fut véritablement effrayante (*Ther. Monasts.*, 1888, p. 319), car des accès d'angine de poitrine successifs apparurent aussitôt et durèrent toute une nuit. Il ne survint pas de sommeil proprement dit; mais, deux heures après l'ingestion, il se montra, pendant environ deux heures, une espèce de demi-assoupissement interrompu par de fréquents accès. L'auteur déconseille donc le sulfonal dans l'artério-sclérose.

G. Müller, de Berlin (*Ther. Monats.*, 1888, p. 378), ne partage pas les craintes de Schmey. Il rapporte l'observation d'un homme de 72 ans qui, depuis dix jours, gardait le lit pour des difficultés angoissantes de la respiration. La digitale, le chloral, la morphine, entraînant des accidents, on donna 1 gramme de sulfonal. Il survint un sommeil réparateur qui dura toute la nuit et reparut en partie la nuit suivante. La troisième nuit, le malade prit encore 1 gramme et put ensuite se passer du médicament.

Ziemssen, qui a vu le sulfonal échouer dans des phthisies fébriles, la fièvre typhoïde, un cas d'anémie grave pernicieuse, un cas de delirium tremens et avoir une action incomplète chez des phthisiques à douleurs thoraciques, un diabétique, etc., a noté plusieurs fois de la fatigue, des bourdonnements d'oreille et même des vertiges à la suite de son emploi. Ainsi que Ruyschweyh et Garnier, il a eu des vomissements. Rosin a constaté des étourdissements, le lendemain, après 4 grammes; Frænkel, après 2 à 3 grammes, de la faiblesse, de l'embarras de la tête.

Spilmann (Association des médecins de Meurthe-et-Moselle) n'a pas remarqué, après 1 à 2 grammes, de malaise au réveil; il insiste avec raison sur ce point qu'il n'est pas analgésique et ne donne pas de résultats dans l'insomnie provoquée par de vives douleurs (*Union*, 1888, 81). Cros (de Lamalou) l'a cependant vu, à la dose de 1 gramme, amener chez des ataxiques un sommeil tranquille pendant lequel les douleurs fulgurantes, les crises douloureuses pouvaient momentanément disparaître (*Bull. de thér.*, 1888, 44).

Shotten (*Ther. Monats.*, 1888, p. 555) a vu, chez une femme de 45 ans, se produire d'abord de la lassitude et du mal de tête; puis ensuite un exanthème généralisé qui offrait une ressemblance complète avec la variole discrète; il s'accompagnait d'un sentiment de chaleur et de brûlure d'un côté de la peau; rien ne se produisit vers les muqueuses. Les plaques exanthémateuses s'étendirent pendant deux jours; puis l'éruption se dissipa assez vite. Cependant on en voyait encore des traces après quatorze jours. En fait, les accidents peuvent être regardés comme rares, et presque toujours le sulfonal reste inoffensif.

Le retard dans l'apparition du sommeil, tel est le plus grand inconvénient du nouvel hypnotique. Kast explique ce fait, ainsi que la prolongation de la somnolence, par le peu de solubilité du sulfonal et la résistance de sa molécule au dédoublement.

Pour parer en partie à ces désavantages, il faut donner le sulfonal en poudre fine dans des cachets et faire prendre immédiatement après un liquide chaud, de préférence du bouillon, la solubilité étant favorisée par la présence de sels.

II

G. Mayer (d'Aix-La-Chapelle) a récemment publié un intéressant travail sur l'emploi et l'usage des hypnotiques et des calmants (*Ther. Monats.*, p. 324, 1888). Il préconise, dans les cas de douleurs vives l'emploi combiné de la morphine et du chloral qui avait déjà, du reste, été conseillé par d'autres. On fait d'abord une injection de morphine, ce qui enlève la douleur; puis, une demi-heure après, on administre l'hydrate de chloral aux malades gravement atteints qui souffrent de douleurs intenses, de dyspnées ou d'autres sensations douloureuses combinées avec l'insomnie. La dose de morphine variera entre 0,066 à 0,015 ou 0,02, et celle de l'hydrate de chloral entre 1 gr. 25 et 2 grammes au plus.

L'auteur ne craint pas autant que les médecins français d'employer la morphine chez les enfants; il a donné plusieurs fois par jour 1/2 millig. d'acétate de morphine à un enfant de 6 semaines atteint de coqueluche grave. A partir de 2 à 3 ans, il se sert souvent de la morphine en injections hypodermiques dans les affections douloureuses (otites, inflammations du ventre); environ 2 à 3 millig. pour un enfant de 2 à 4 ans. Le danger de l'accoutumance n'existe pas dans l'enfance.

G. Mayer vante aussi l'hydrate d'amylène. Ce corps a été introduit dans la thérapeutique par Von Mering. Il se présente sous l'apparence d'un liquide clair comme de l'eau, oléagineux, d'une densité de 0,8. Il a été obtenu par Wurtz et Berthelot, et est l'alcool amylique tertiaire. Von Mering ayant administré à un chien de 9 kilog. 8 grammes d'hydrate d'amylène, vit l'animal tomber dans un profond sommeil et rester insensible aux excitations, les mouvements respiratoires étant un peu ralentis, le chien se réveilla bien portant. Ingéré ou injecté dans les veines, le médicament n'abaisse pas la tension, sauf à doses excessives.

Von Mering a donné l'hydrate d'amylène chez l'homme à des doses de 3 à 5 grammes dans 60 cas d'insomnie nerveuse et chez des mélancoliques, paralytiques généraux, typhoïdiques et rhumatisants. Le sommeil dure de six à huit heures (*Berlin. Klin. Woch.*, 1887, 30). 2 grammes d'hydrate d'amylène équivaudraient à 1 gramme de chloral.

Scharschmidt (*Ther. Monats*, 1887, 9) a eu de très bons résultats par l'emploi de l'hydrate d'amylène chez les aliénés. Gurtler lui accorde le même pouvoir qu'à l'hydrate de chloral (*Berlin. Klin. Woch.*, 1888, 6), et, de plus, il n'influence pas le cœur.

Buschau (*Berlin. Klin. Woch.*, 1888, 12), a expérimenté sur lui-même l'action du nouveau soporifique; quelques instants après l'ingestion, la pupille se dilate et il survient des oscillations de l'iris; le pouls s'accélère; le nombre des respirations reste le même. L'effet hypnotique apparaît dix minutes après l'ingestion. A son réveil, après un sommeil de huit à neuf heures, Buchen ne remarqua aucune sensation désagréable.

Eskoff (Thèse de Saint-Pétersbourg, 1888) a relevé chez les animaux supérieurs les phénomènes suivants : abaissement de l'irritabilité du cerveau et de la moelle; affaiblissement de la sensibilité et des réflexes; production d'un sommeil qui ne diffère en rien du sommeil normal; accélération des battements du cœur (paralysie des centres modérateurs, excitation des centres accélérateurs); diminution de pression du sang; accélération de la respiration; abaissement de la température de l'animal de 4 à 6 degrés centigrades.

Meyer a fait plusieurs centaines d'observations sur 15 malades atteints de maladies très diverses. L'hydrate d'amylène, 3 grammes *pro dosi*, agit toujours comme un hypnotique agréable et sûr. Le sommeil venait plus tard qu'avec l'hydrate de chloral, mais était très calme, comme naturel; il ne laissait aucune suite pénible. Chez les phthisiques, le médicament agirait aussi en calmant la toux.

Chez les aliénés, Schloers (*Neurol. Centralblatt*, 1888) a eu des résultats satisfaisants.

L'hydrate d'amylène a un goût assez accusé que beaucoup de malades trouvent agréable, il n'amène pas de renvois. Comme il se mélange difficilement à l'eau, la prescription dans des mixtures est mauvaise et peut amener des intoxications (*Dietz. Deuts. med. Zeit.*, 1888, n° 18). Mayer le donne dans du vin sucré; on peut encore employer des capsules de 1 gr. En lavement, on le mélangerait dans 50 à 120 grammes de véhicule avec quelques gouttes de laudanum; enfin Burchau l'a donné en injections hypodermiques additionnées d'alcool sans causer d'abcès.

Des doses faibles peuvent produire de l'excitation (Loves) et il faut en administrer de 2 à 4 grammes. P. CHÉRON.

## BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE ET MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACIE, DE TOXICOLOGIE ET DES EAUX MINÉRALES, par DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, etc., avec la collaboration de MM. Debierre, Egasse, Hetet, Macquaire et docteur Bardet, secrétaire de la rédaction. — Tome quatrième.

La librairie Octave Doin vient de terminer la grande publication de M. le docteur Dujardin-Beaumetz, dont le titre précède. C'est une œuvre maintenant bien connue; ce quatrième et dernier volume présente les mêmes qualités que ses prédécesseurs. On y trouve, à partir de la lettre O, tout ce qui constitue la matière médicale et se rapporte à la thérapeutique dans les trois règnes. Comme dans les volumes précédents, les agents de la matière médicale y sont étudiés au point de vue des propriétés physiques, de la composition chimique, de l'action physiologique, des applications thérapeutiques, des doses et modes d'administration, des antagonismes, de la pharmacologie, des recherches toxicologiques, etc. Dans toutes ces études, les documents abondent de manière à constituer des articles complets, rédigés avec soin, principalement dans le but de faciliter la pratique.

Plusieurs articles mériteraient particulièrement d'être cités. Les EAUX MINÉRALES sont traitées très complètement. Les études sur l'EMPOISONNEMENT EXPÉRIMENTAL sont intéressantes. L'article OXYGÈNE a une grande portée; l'oxygène est un des éléments de presque toutes les substances animales et végétales. Comment pénètre-t-il dans le sang? Quelles sont les modifications imprimées à l'organisme par la respiration d'un air plus ou moins chargé en oxygène? etc., etc. Les articles PEPSINE, PEPTONES sont éminemment pratiques. La pepsine est l'agent naturel et normal de la digestion gastrique. Il est donc théoriquement indiqué, quand elle souffre, d'administrer la pepsine. Les NOUVEAUX MÉDICAMENTS, *Phénol*, *Piscidia erythrina*, *Pyridine*, *Résorcine*, *Salol*, *Spartéine*, etc., sont décrits et étudiés pratiquement. La SAIGNÉE a son article, où sont présentés ses effets physiologiques et ses indications. Quelques articles surtout attirent l'attention : OPIUM, PHOSPHORE et PHOSPHATES, QUINQUINAS. Ils devraient être toujours à la portée des praticiens.

En résumé, le dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz est un livre utile, bien fait, et qui arrive à propos pour seconder les médecins dans la pratique de leur art. Nous ne pouvons que féliciter l'auteur d'avoir si bien terminé son œuvre. — G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur les revaccinations, faites en 1888 par le docteur Nodet ;

2° Un rapport du docteur André, sur les épidémies qui ont régné dans l'arrondissement de Toulouse en 1888 ;

3° Un travail du docteur Bidard, sur l'importance des revaccinations fréquentes ;

4° Un rapport sur une épidémie de variole dans le canton de Sains et de Vervins, par le docteur Ferrant.

— M. le professeur G. Sée termine sa communication sur les médicaments cardiaques par les concluions suivantes :

1° Pour remplir les indications thérapeutiques les principes essentiels à savoir : les alcaloïdes et les glycosides ont une supériorité incontestable sur les plantes, la quinine sur le quinquina, la morphine sur l'opium, l'atropine sur les belladonées, la digitaline définie sur toutes les préparations de digitale, la strophantine sur le strophantus, j'ajoute l'oléandrine, espèce de digitaléine, et la nérine, sorte de digitaline bien étudiée depuis vingt ans et contenues dans le laurier-rose que Dujardin-Beaumetz vient de révéler au monde pharmaceutique. Dans tous ces cas, on peut se passer de la plante qui est un mélange informe et dangereusement variable ; jamais on ne saurait se passer du principe essentiel, qui est fixe et chimiquement défini, si on veut formuler avec précision ; le choix entre les deux ne saurait être douteux.

2° Avant d'apprécier la valeur curative des médicaments, il importe de savoir qu'il est des maladies cardiaques en grand nombre qui peuvent se passer pendant de longues années, et jusqu'à un quart de siècle de l'intervention, sinon du médecin, du moins des drogues. Sous ce rapport, j'établis une série clinique qui se dessine d'abord par une grande stabilité, sans arriver jamais à une guérison absolue; elle commence par l'*insuffisance aortique* qui, tout en étant de la dernière évidence, peut rester stationnaire et bénigne, sans trouble fonctionnel, du moins chez les jeunes gens. Ensuite vient, surtout chez les jeunes filles chlorotiques et chez les femmes, le *rétrécissement mitral,* qui laisse la santé de la malade à peu près à l'état indemne, et qui peut même guérir, tandis qu'à un âge plus avancé et chez l'homme, le *rétrécissement mitral* présente bien plus de gravité. Toutefois, elle n'atteint jamais celle de l'insuffisance mitrale qui ne reste jamais au même point, qui progresse sans cesse, quoiqu'on ait parlé en Angleterre de sa curabilité. J'aime mieux croire à l'arrêt prolongé ou même à la répression des *dégénérations* graisseuses ou fibreuses du muscle du cœur. Mais le danger s'aggrave singulièrement, quoique d'une manière lente, lorsqu'il s'agit d'*hypertrophies cardiaques* nées sous l'influence de la fâcheuse induration ou *sclérose des artères du corps.*

La situation est plus menaçante encore quand cette sclérose atteint les artères nourricières ou coronaires du cœur. L'artérite coronaire est funeste de deux façons ; elle produit dans le tissu musculaire du cœur une transformation fibreuse ou une infiltration graisseuse ; cela est irrémédiable. Ou bien elle provoque par l'oblitération des artères coronaires des accès d'angine de poitrine dont on connaît la gravité, ou du moins la curabilité restreinte.

3° En présence de ces divergences dans la marche, dans le pronostic des divers types cardiaques, il n'est pas étonnant que certains médicaments réussissent. Quand on attribue une amélioration au strophantus dans les insuffisances aortiques, on se demande quel est le genre de bienfait obtenu? Si le cœur a fléchi et dévié de sa force compensatrice, c'est la spartéine ou la strophantine qu'il faut ; s'il y a de l'oppression, ce qui est le premier signe de la perte de l'équilibre circulatoire, je préfère de beaucoup l'iodure de potassium. De même dans le rétrécissement mitral chez les jeunes femmes, il n'y a rien à faire, ou il faut de l'iodure s'il y a dyspnée, de la digitale ou de la caféine

s'il y a hydropisie. S'agit-il d'une insuffisance des valvules mitrales ou d'une impotence du muscle cardiaque, arrivées l'une ou l'autre à la *période troublée* appelée à tort asystolie, comme c'est là que le strophantus réclame une supériorité sur tous les autres médicaments, par suite surtout de la propriété diurétique, je n'abdique pas devant ce pouvoir surfait, car il ne sait ni régulariser ni ralentir le pouls, comme le font la digitale et l'iodure; il ne peut pas rétablir le calme de la respiration, comme le fait encore l'iodure aidé des injections d'antipyrine; il n'arrive pas à dissiper l'hydropisie, même quand il fait uriner, et cela parce que l'urination obtenue ne dépasse pas ordinairement un certain chiffre (2,000 à 2,500), tandis que les véritables diurétiques, comme le lait, le benzoate de caféine, la digitaline et le calomel, tous plus énergiques, plus sûrs et plus prompts, réalisent une diurésie considérable, la seule capable de conjurer le danger qui est menaçant.

Il n'arrive que rarement qu'on ne puisse pas, en maniant tour à tour ces divers moyens curatifs, parvenir à arrêter cette phase troublée, à réintégrer les rapports du centre circulatoire avec la circulation périphérique, au moins pour un certain temps; le trouble peut renaître, et dans ce cas, comme dans l'intervalle des attaques d'asystolie, il est bon d'ajouter au traitement d'urgence la médication iodurée. Si nous parvenons à retrouver le calme dans les insuffisances mitrales, et surtout dans les transformations graisseuses ou même fibreuses du cœur, ou bien encore dans les cœurs surmenés ou forcés, il faut recourir à nouveau à la strophantine ou à la spartéine ou à la convallamarine qu'on peut alterner et continuer sans aucun inconvénient d'une manière incessante et prolongée; ici encore le strophantus a été trouvé constamment inefficace. Il est pas et ne saurait être question du strophantus dans les affections cardiaques et dans les hypertrophies gauches provoquées par l'induration et la perte de l'élasticité des parois des artères; s'il existe un moyen de pourvoir à la nutrition du muscle du cœur, et d'empêcher l'hypertrophie de dégénérer ou de se transformer en une dilatation avec amincissement et affaiblissement du myocarde, c'est encore l'iodure, avec ou sans l'addition des toniques du cœur, qui sont fort peu utiles en pareille occurrence; il en est de même dans les altérations cardiaques provenant des artères coronaires ou angines de poitrine; là je réprouve formellement la strophantine et le strophantus, et je prescris avec les iodures qui maintiennent la nutrition du muscle cardiaque, la pyridine en inhalations et l'antipyrine injectée sous la peau, qui est le médicament le moins offensif, surtout le plus calmant pour les douleurs cardiaques et qu'on doit prescrire malgré sa propriété de diminuer les urines, car, dans les angines de poitrine, il est inutile de provoquer l'urination, et il est urgent de calmer les douleurs angoissantes si souvent mortelles.

4° Le strophantus n'a pas d'avantage réel sur la strophantine. Il présente des variations énormes, quant à son pouvoir physiologique d'ailleurs mal déterminé; il varie certainement dans sa teneur en strophantine, qui est le seul principe actif; aussi doit-on prescrire le glycoside à la dose de 1 à 2 cinquièmes de milligramme. Aujourd'hui que ce glycoside est défini chimiquement, on sait exactement ce qu'on fait et ce qu'on ordonne, et si on veut y ajouter un des diurétiques indiqués tels que la digitaline, la caféine ou mieux la théobromine (alcaloïde du chocolat), on arrivera à des résultats infiniment supérieurs à ceux de toute autre médication.

Ce sera, du reste, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer, selon la grande idée de Cl. Bernard, partout et toujours, aux plantes des sauvages et aux médicaments empiriques en général, les principes chimiques rigoureusement déterminés.

M. Dujardin-Beaumetz fait remarquer les inconvénients qu'il y a à appliquer les statistiques brutes à l'étude des maladies du cœur, car, à un moment donné, toute maladie du cœur se termine fatalement et tout médicament échoue.

Les alcaloïdes donnent de meilleurs résultats que les plantes en thérapeutique, mais, pour les toniques du cœur, il ne faut cependant pas les employer, parce qu'ils ne sont pas encore assez bien connus.

L'oléandrine est un produit impur mal défini.

La question de la strophantine a fait un grand pas depuis que l'on sait que celle qui vient du strophantus glabre et celle qui est cristallisée n'ont pas la même composition.

Le strophantus peut être très utile dans des cas d'insuffisance rénale.

M. G. Sée reconnaît que, dans l'étude des maladies du cœur, il faut tenir compte de l'âge des malades. Il est sûr d'améliorer beaucoup un malade jeune avec la strophantine et n'en est pas sûr avec le strophantus. La digitale ne peut pas donner d'effets stables à cause de la diversité des origines, du séjour varié dans les pharmacies, etc.

M. C. Paul a obtenu de bons résultats avec l'extrait de strophantus. Il est diurétique et tonique du cœur, plus rénal que cardiaque, car il n'agit pas sur le pouls. L'action diurétique un peu faible commence dès le premier jour. Il agit beaucoup moins bien que le muguet comme tonique cardiaque.

C'est surtout dans les maladies des valvules auriculo-ventriculaires à la période des hydropisies que le strophantus rend des services; dans le cœur forcé avec insuffisance tricuspide, le médicament échoue. Il est généralement insuffisant dans les affections de l'aorte, où l'iodure de potassium et l'extrait de muguet réussissent beaucoup mieux.

Il n'y a pas de maladie de cœur latente, car, dans ce cas, il y a toujours la dyspnée d'effort. Cependant, certaines lésions congénitales peuvent être absolument sans conséquences.

— M. Bouloumié (de Vittel), qui a fait récemment à l'Académie une communication sur l'aménagement des voitures de culture et d'industrie pour le transport des blessés, présente deux appareils de son invention faciles à improviser partout, destinés à suppléer en cas de guerre au manque ou à l'insuffisance des appareils Bry-Ameline adoptés par le service de santé de l'armée.

M. Bouloumié a cherché la simplicité, la solidité, la sécurité, et il s'est arrêté à deux appareils simples l'un et l'autre, essentiellement constitués par des rondins de bois formant supports et des cordes formant ressorts, qu'on peut disposer dans tous les wagons, quel que soit leur type, sans avoir à placer une attache ou à percer un trou dans leurs parois. Ces deux appareils expérimentés dans des trains de vitesse ont donné de très bons résultats. Bien que dénués de courroies dites de brelage, employées jusqu'à présent, ils ne font subir ou ne communiquent aux brancards ni mouvement de latéralité ou de lacet, ni mouvement de projection au moment des arrêts. Ils sont l'un et l'autre pourvus de pièces dites de sécurité qui empêcheraient des chutes en cas de rupture d'un des éléments essentiels.

De ces appareils, l'un est nommé *appareil à cadres;* l'autre, *appareil à simples montants.* Des cordes tendues horizontalement constituent les ressorts sur lesquels reposent les traverses qui supportent les brancards. Ils s'attachent aux parois du wagon par des cordes passées dans les trous existants pour la fixation des appareils Bry-Ameline. Ils permettent tous deux le transport de 12 blessés en 2 étages de 3, à l'avant et à l'arrière du wagon.

L'appareil à simples montants a sur les appareils Bry-Ameline et sur l'appareil à cadres l'avantage de permettre un éloignement suffisant des brancards et leur déplacement parfois nécessaire en cours de route pour faire ou modifier un pansement, mais, comme on ne peut pas placer les cordes de sécurité dans tous les wagons, M. Bouloumié tient à conserver l'appareil à cadres qui, moins simple et moins doux, il est vrai, que le précédent, est très solide, très stable, peut être placé partout et porte avec lui ses éléments de sécurité. Il serait bon que les infirmiers militaires fussent instruits de la fabrication et du mode d'emploi de l'un et de l'autre, comme vont l'être les brancardiers de frontière organisés par l'auteur pour le transport des blessés en cas de guerre.

## COURRIER

Nous avons reçu le premier numéro d'une nouvelle *Revue d'hygiène thérapeutique* paraissant tous les mois, avec les sous-titres suivants : hydrothérapie — électrothérapie

— aérothérapie — hygiène alimentaire — gymnastique médicale — orthopédie — massage — climatothérapie. Rédacteur en chef : docteur G. Descourtis. L'importance accordée aujourd'hui aux questions d'hygiène justifie cette publication, à laquelle nous souhaitons la bienvenue.

Souscription Duchenne (de Boulogne). — Les admirateurs, les élèves et les amis de Duchenne (de Boulogne) ont l'intention de perpétuer la mémoire d'un des grands promoteurs de la neuropathologie moderne en lui élevant un monument dans l'enceinte de la Salpêtrière. Ils font appel au concours de tous les médecins qui savent apprécier l'importance des services rendus à la science par notre illustre compatriote.

Pour réaliser ce projet, un comité a été constitué. Il se compose de : MM. Charcot, président ; Joffroy, vice-président ; St aus ; Pitres ; Tessier ; Lereboullet ; Magnan ; Hamy ; Gombault, trésorier.

Les souscriptions devront être adressées à M. le docteur Gombault, trésorier, 41, rue de Vaugirard, ou à l'un des membres du comité.

*Première liste.*

| | | |
|---|---|---|
| MM. | Charcot | 300 fr. |
| | Joffroy | 100 |
| | Damaschino | 100 |
| | Straus | 50 |
| | Pitres | 50 |
| | Grancher | 50 |
| | Chrysaphy | 50 |
| | Falret | 50 |
| | Teissier fils | 40 |
| | A. Gombault | 25 |
| | Debove | 25 |
| | Gilbert | 25 |
| | Ballet | 20 |
| | Magnan | 20 |
| | Lereboullet | 20 |
| | Bourneville | 20 |
| | Brouardel | 20 |
| | Bonnet | 20 |
| | Troisier | 20 |
| | Richardière | 20 |
| | Ed. Meyer | 20 |
| | Hénocque | 10 |
| | Quinquaud | 20 |
| | Magitot | 10 |
| | Regnard | 10 |
| | Motet | 20 |
| | Gaston | .0 |
| | Charcot fils | 20 |
| | Marchand | 20 |
| | Barth | 20 |
| | Chauffard | 20 |
| | Teissier père | 20 |
| | Letulle | 20 |
| | Segond | 20 |
| | Cazalis | 10 |
| | Legroux | 20 |
| | Polaillon | 20 |
| | Galippe | 10 |
| | Fernet | 20 |
| | Du Castel | 20 |

| | |
|---|---|
| Millard | 20 |
| Hayem | 20 |
| Féré | 20 |
| Lailler | 20 |
| Monod | 20 |
| Jalaguier | 20 |
| Pinard | 20 |
| Nélaton | 20 |
| Brault | 20 |
| Dieulafoy | 20 |
| Luys | 20 |
| Rallopeau | 20 |
| Bouchereau | 10 |
| Josserand | 20 |
| Roques (de Lyon) | 20 |

— MM. les internes des hôpitaux sont informés que leur répartition dans les services hospitaliers, qui était fixée au mardi 22 et au mercredi 23, aura lieu le lundi 28, à deux heures, pour les internes de deuxième, troisième et quatrième années et le mardi 29, à une heure et demie, pour les internes de première année et les internes provisoires.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourse, ancien médecin principal de la marine, à Brest.

— Nous apprenons également la mort de MM. les docteurs Bodélio (de Lorient) ; et Le Thière (de Paris).

— Une mesure importante vient d'être prise par le ministre de l'instruction publique au sujet de la vaccination. Désormais tout enfant qui aura atteint sa dixième année, devra, pour être admis ou maintenu dans une école primaire, être revacciné par les soins du médecin attaché à l'Ecole ou délégué à cet effet par l'administration scolaire. En outre, tout candidat à une Ecole normale primaire devra fournir un certificat de vaccine et un certificat de revaccination.

HÔPITAUX DE PARIS. — Un concours, pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central, s'ouvrira le mercredi 27 février 1889, à midi, à l'administration centrale avenue Victoria.

Les inscriptions sont reçues de midi à trois heures, du lundi 28 janvier au lundi 11 février 1889.

COURS SUR LES EAUX MINÉRALES ET LES MALADIES CHRONIQUES. — Le docteur Max. Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 2 février, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

— La Société d'hydrologie médicale de Paris a été reconnue comme établissement d'utilité publique par décret du 29 juin 1888.

Composition du bureau pour 1889 : Président, M. Danjoy; vice-présidents, MM. Philbert et Sénac-Lagrange ; secrétaire général, M. Leudet; secrétaires annuels, MM. Bodey et Schlemmer ; trésorier, M. Royer ; archiviste, M. Cazaux.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

On a lu dans notre numéro de jeudi les longues conclusions de l'intéressante communication de M. le professeur G. Sée sur les médicaments cardiaques et les réflexions qu'elle a soulevées de la part de MM. Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul. On a vu combien de points relatifs à cette importante question restent encore en litige. Cela s'explique quand on songe à la grande complexité des phénomènes engendrés par les affections cardiaques et les différentes manières dont elles réagissent sur l'organisme en général et sur les différents viscères en particulier. Là est peut-être la clé des divergences qui séparent les savants médecins qui ont déjà pris part à la discussion. Prenons un de ces points comme exemple : Il est certain que M. G. Sée n'accorde pas une plus grande importance dans la thérapeutique des cardiopathies à la strophantine qu'au strophantus, sans s'appuyer sur des observations sérieuses; il est non moins certain que M. Dujardin-Beaumetz ne s'est pas prononcé à la légère en sens inverse; et que M. C. Paul, comme M. Beaumetz, a invoqué de bonnes raisons pour admettre que l'extrait donne des résultats préférables à l'alcaloïde. Et on

# FEUILLETON

## CAUSERIE.

Je commence par remercier celui de mes lecteurs qui a bien voulu m'envoyer le fait que je vais vous raconter après lui et dont il a oublié de me dire la provenance. Il n'est peut-être pas nouveau, car je crois bien l'avoir déjà lu quelque part, mais il n'en est pas moins curieux :

Jusqu'à ce jour, nous ne nous étions jamais représenté le dieu Cupidon que sous la forme d'un bébé bien dodu, agrémenté de deux petites ailes du plus joli effet, et surtout armé d'un arc et d'un carquois bien fourni de flèches acérées. La plupart de nos lecteurs, sans doute, ne connaissent pas d'autre image allégorique de l'Amour. Un chirurgien américain, le docteur Capers, de Wicksburg (Missouri), nous a révélé un travestissement, d'un goût plus moderne, du petit dieu malin. Pour se conformer probablement à nos mœurs, il aurait pris les apparences d'un fusilier portant sac au dos, et tout le fourniment nécessaire à un bon soldat d'infanterie. L'arc est devenu une carabine et le carquois une vulgaire cartouchière, les traits empennés ne sont plus que des balles cylindro-coniques.

peut en dire autant de tous les autres points sur lesquels existent des divergences. C'est donc que les partisans de chaque opinion ont observé des malades différents et qu'il ne faut pas trop se hâter de généraliser à tous les cardiopathes ce qui n'est relatif qu'à certains d'entre eux, ni même à tous ceux de la même catégorie les effets observés chez l'un d'eux à la suite d'une médication. Tout ceci démontre combien les indications des différents médicaments cardiaques sont encore peu précises, malgré les grands progrès accomplis dans l'étude des maladies du cœur. Mais il me semble que ces progrès iront surtout en s'accentuant lorsqu'on connaîtra bien l'action de principes chimiques rigoureusement déterminés, et je suis tout disposé à me ranger plutôt parmi les partisans des alcaloïdes que parmi ceux des extraits.

La communication de M. le docteur Bouloumié est-elle un indice de guerre prochaine? Nous espérons que non, et que l'honorable secrétaire de l'*Union des femmes de France,* en inventant des appareils destinés à rémédier facilement et rapidement à l'insuffisance possible du matériel de l'armée, n'avait d'autre arrière-pensée qu'un but humanitaire sans affectation spéciale. En tout cas, il est toujours bon d'être prêt, et il vaut mieux avoir trop de moyens de secours que la pénurie qui a été si funeste en tant d'occasions à nos blessés. Il faut donc féliciter M. Bouloumié de son invention et la recommander à qui de droit. C'est ce que je suis heureux de faire ici.

L.-H. P.

---

**Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles.**

Par MM. Desnos, Pinard et Joffroy.

Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 27 novembre 1888,

Par le docteur Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité,

Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

Au nom de M. Pinard, de M. Joffroy et au mien, je demande à l'Aca-

---

Voici le fait qui a démontré la nouvelle forme du fils de Vénus-Aphrodite, qui, elle-même, paraît avoir adopté de nombreux travestissements depuis le temps :

Où Vénus Astarté, fille de l'onde amère,
Secouait, vierge encore, les larmes de sa mère,
Et fécondait le monde en tordant ses cheveux.

Pendant la guerre de la Sécession, le 12 mai 1863, deux corps d'armée ennemis se rencontrent et livrent bataille près d'une belle résidence habitée par une honnête mère de famille et ses deux filles. Dans le fort de l'action, un militaire, posté à 150 mètres de l'habitation, a la jambe gauche fracturée par une balle de carabine Minié, qui, détail important, lui enlève aussi le testicule gauche. Au même instant, un cri perçant retentit dans la maison : l'aînée des deux filles vient de recevoir un coup de feu dans l'abdomen. L'orifice d'entrée est à une distance à peu près égale de l'ombilic et de l'épine iliaque antérieure. Il n'y a pas d'orifice de sortie et la plaie est pénétrante. Après diverses péripéties, les deux blessés guérissent, l'une chez elle, dans sa chambre, et l'autre à l'ambulance, à plusieurs lieues de là; ils guérissent donc loin l'un de l'autre, sans avoir eu aucune relation, même de simple politesse.

La jeune fille a eu une péritonite, qui lui a laissé un ballonnement du ventre qui l'inquiète. Deux cent soixante-dix-huit jours juste à partir de la date de la blessure, de vives douleurs se font sentir et la blessée met au monde un beau garçon du poids de huit livres. Le docteur Capers a constaté que la membrane hymen ne s'est rompue qu'à

démie la permission de soumettre à sa haute appréciation une observation qui, par les circonstances dans lesquelles elle s'est produite, par les particularités qu'elle a présentées, constitue un fait pathologique extrêmement rare et me paraît digne de fixer un moment son attention.

Pour la seconde fois, en 1884, M[me] X..., demeurant rue de Rivoli, eut un accouchement qui s'accompagna, au moment de la délivrance, d'une hémorrhagie très abondante. Bien qu'elle n'eût pas à supporter les fatigues d'un second allaitement, M[me] X... ne se remit qu'incomplètement. Elle présenta notamment les signes d'une métrite hémorrhagipare qui se traduisait aux époques menstruelles par d'abondantes ménorrhagies. Malgré les soins qu'on pût faire prendre à la malade, et en particulier un séjour à la mer, il se développa une anémie de plus en plus accentuée qui favorisa sans aucun doute le développement d'une pelade rebelle, envahissante, qui nécessita un traitement énergique pendant les années 1885 et 1886 et pour lequel je réclamai le concours de M. Besnier.

Cette pelade durait encore lorsque, au mois de février 1887, survint une troisième grossesse. Les débuts de celle-ci furent difficiles, s'accompagnant de quelques douleurs abdominales, de troubles digestifs qui cependant ne présentaient rien d'alarmant. Mais, au commencement d'avril, à la suite de quelques fatigues, survinrent des vomissements, rares d'abord, puis plus fréquents, extrêmement pénibles, qui rapidement obligèrent la malade à garder le lit et revêtirent bientôt les caractères les plus accentués des vomissements incoercibles. Ils s'accompagnaient ou étaient précédés parfois de douleurs vives à la région de l'estomac; tous les aliments solidds ou liquides, quels qu'ils fussent, étaient rejetés immédiatement ou très peu de temps après leur ingestion. Il existait une anorexie invincible. De fréquentes souffrances utérines n'indiquaient que trop la source de ces formidables réflexes. J'employai sans succès, pour les combattre, tous les moyens usités en pareil cas, y compris la morphine qui donne parfois de si bons résultats dans les vomissements incoercibles à forme gastralgique. La

---

un moment déjà avancé de l'accouchement. La famille est désolée, profondément humiliée de ce déshonneur dont elle ne soupçonne nullement la cause, bien entendu.

Quant à la demoiselle, elle est tout ahurie.

Trois semaines après l'accouchement, le nouveau-né est opéré d'une tumeur du scrotum qui existait depuis la naissance. Cette tumeur n'était produite que par une balle Minié, écrasée, déformée, comme si dans son trajet elle avait heurté quelque corps dur et résistant. Tout le monde est stupéfait, même le docteur Capers. Mais tout d'un coup la lumière se fait dans son esprit. Tout confus des doutes qu'il a eus sur la vertu de sa cliente, il lui explique comme quoi elle est la seconde femme qui ait conçu sans péché. Nous le citons textuellement : « Qu'est-ce à dire ? La balle que j'avais retirée du scrotum de l'enfant était identiquement la même que celle qui, le 12 mai, avait fracassé le tibia de mon jeune ami, et qui, dans son état mutilé, lui avait enlevé le testicule, emportant avec elle des particules de semence et des spermatozoaires dans l'abdomen de la jeune fille, puis, traversant son ovaire gauche, était entré dans l'utérus pour la féconder de la sorte. Impossible d'expliquer autrement le phénomène. »

Le militaire est mis au courant de la situation, et convaincu ou non de sa paternité, il épouse la mère, qui depuis lors lui a donné trois enfants dont aucun ne lui ressemble autant que le fils de la balle.

A la lecture de l'observation au moins très originale du docteur Capers, nous éprouvons un sentiment de pitié pour l'enfant, ce pauvre petit être, victime de la fureur des partis dès sa conception, obligé de supporter une opération sanglante peu de jours après

situation s'aggravait. C'est alors que je priai M. Pinard de voir la malade avec moi. L'exploration de l'utérus démontre qu'il n'y avait ni rétroversion, ni antéversion. Celle des culs-de-sac vaginaux ne révélait aucun signe de périmétrite.

Les inhalations d'oxygène à hautes doses qui ont donné, entre les mains de M. Pinard, de si beaux résultats, se montrèrent peu efficaces, seuls les lavements de chloral et des pulvérisations répétées d'éther sur le creux épigastrique, sur la poitrine, sur la face, apportaient quelque amélioration et une courte sédation des accidents.

L'affaiblissement augmentait toujours. L'opportunité d'une intervention chirurgicale fut souvent discutée. Mais, malgré les sollicitations d'une famille qui ne voyait que trop l'imminence du péril, nous nous y refusâmes toujours, espérant qu'ainsi qu'il arrive souvent en pareil cas, les vomissements céderaient spontanément vers le quatrième mois.

Dans le dernier tiers du mois de juin, nos espérances semblaient recevoir un commencement de réalisation qui justifierait notre abstention. Quoiqu'ils fussent encore violents, répétés, les vomissements s'éloignaient cependant un peu, quelques aliments légers pouvaient être conservés en totalité ou en partie, ils étaient pris avec moins de dégoût. Toutefois la faiblesse et l'amaigrissement étaient toujours extrêmes, C'est à ce moment, c'est-à-dire vers la fin de juin, que la mère de Mme X... m'annonça que sa fille ne pouvait plus remuer les jambes. Il y avait, en effet, une impotence des membres inférieurs, complète à droite, un peu moins accusée à gauche.

Il était impossible à la malade de soulever les jambes de façon à ce qu'on pût même interposer une feuille de papier entre ses pieds et le plan du lit. Cette paraplégie était absolument flasque. Les membres inférieurs n'étaient pas seulement amaigris, mais les masses musculaires avaient presque disparu, dans certaines régions particulièrement, et notamment au niveau des mollets, de la face antérieure de la jambe et du triceps crural.

Au milieu de ces grands désordres du mouvement, la sensibilité cutanée avait été respectée dans ses différents modes. Nulle part on ne trouvait

---

sa naissance. Pourquoi cette balle, jusqu'alors si intelligente dans sa brutalité, ne s'est elle pas enkystée dans le placenta? Elle eût alors été évacuée sans peine avec le délivre.

Nous ne savons si ce nouveau procédé du dieu Cupidon sera beaucoup du goût du beau sexe; l'ancienne manière, la méthode classique, par laquelle une flèche adroitement lancée pénètre sans douleur et sans bruit, continuera sans doute à lui plaire davantage.

De tout ceci une indication hygiénique se dégage, c'est qu'il n'est pas prudent de laisser vaquer les jeunes filles aux alentours des champs de bataille.

*P. S.* — Pour plus de renseignements, nos lecteurs n'ont qu'à se reporter à l'article *Variétés* de la *Gazette des hôpitaux* du 18 mai dernier. Ce journal reproduit l'observation du docteur Capers, d'après *The Lancet*, qui l'a prise au *The American Medical Weekly*, du 7 novembre 1874. Voilà bien des pérégrinations, et je crains fort que la vérité, à l'inverse du bon vin, ne se soit un peu altérée par tant de voyages !

*
**

Il y a vraiment des clients qui sont bien exigeants, me dit mon dentiste, dont la délicatesse de sentiments ne me paraît pas valoir celle de sa main. Je viens d'en voir un. Il en voulait pour son argent, quoi; et, à ce prix-là, il aurait voulu se faire arracher toute la mâchoire.

Après avoir apaisé et calmé mon brave dentiste, je finis par apprendre que ce

même une plaque d'anesthésie, d'analgésie, ou de perte de la sensation de température. Les réflexes étaient abolis. Toutefois, si la sensibilité était conservée, elle n'en était pas moins pervertie. L'akinésie s'accompagnait, dans les membres paralysés, de fourmillements, d'un sentiment de brûlures, de constriction autour de leurs différents segments.

Le lendemain de cette triste découverte, j'apportai un appareil pour explorer la réaction électrique des muscles. Le courant maximum d'un appareil volta-faradique de Gaiffe ne provoquait de contraction dans aucun muscle. L'abolition de la contractilité n'entraînait pas celle de la sensibilité électrique. Ces explorations étaient fort douloureuses.

Trois ou quatre jours plus tard, les membres supérieurs étaient envahis à leur tour. Sans être aussi complète qu'aux membres inférieurs, l'impuissance musculaire était assez considérable, surtout aux avant-bras et aux mains, pour qu'on fût obligé de faire manger la malade. Comme aux membres inférieurs, elle s'accompagnait de fourmillements, de douleurs très pénibles. La contractilité électrique n'était qu'en partie détruite. La sensibilité cutanée, la sensibilité électrique des muscles étaient conservées.

A part un certain degré de constipation dont on put toujours se rendre maître sans peine, les fonctions de la vessie et du rectum restèrent indemnes.

Il n'y eut jamais d'eschares au sacrum ni dans aucun point du corps. Jamais non plus on n'observa d'état fébrile. La température resta constamment à un chiffre au-dessous de la normale; ce qui s'expliquait par l'inanitiation.

Les fonctions psychiques elles-mêmes avaient subi un choc qui se traduisait par un affaiblissement des facultés intellectuelles portant particulièrement sur la mémoire. Si la mémoire des faits anciens était encore relativement conservée, celle des faits actuels, quotidiens était perdue. Cet oubli des choses récentes donnait parfois à la conversation de M^me^ X... une tournure singulière.

Dans son entourage, on la considérait volontiers comme une délirante.

---

fameux patient qui en voulait pour son argent était un marin de passage à Paris; celui-ci se fait arracher une dent par M. R...; l'opération terminée, il demande au dentiste ce qu'il lui doit :

— C'est vingt francs, répond M. R...

— Vingt francs! s'écrie le matelot. Est-ce que vous vous fichez de moi? Il y a six mois, je m'en suis fait arracher une à Brest, et ça ne m'a coûté que dix sous. Pourtant le carabin de là-bas a sué pour son argent, lui; il a fait durer ça un quart d'heure et m'a traîné seize fois autour de son appartement!...

Quelle poigne ils ont, les dentistes de Brest!

*
* *

L'annonce de la fermeture de la chasse a soulevé une nouvelle facétie à l'adresse de ceux de nos confrères qui cumulent les fonctions de disciple d'Esculape et de saint Hubert.

En un jour de chasse, deux d'entre eux tirent un même perdreau avec tant d'ensemble que les deux coups de fusil n'en font qu'un. Le gibier tombe; les deux chasseurs se précipitent : « C'est moi qui l'ai tué », dit l'un. — « C'est moi », dit l'autre. — « Funeste effet d'une consultation », s'écrie l'amphitrion chez qui on chassait; « la mort du patient! Mais avouez, Messieurs, que, s'il s'agissait de la mort d'un client, vous mettriez moins d'empressement à vouloir vous l'attribuer. »

SIMPLISSIME.

En fait, c'était surtout une amnésique avec affaiblissement de l'intelligence.

C'est dans ces conditions que, très inquiets sur le dénouement, nous invitâmes M. Joffroy à vouloir bien se joindre à nous et nous apporter les lumières de sa grande compétence dans les maladies du système nerveux. Nous nous demandions si cette atrophie musculaire à marche suraiguë qui s'était déjà attaquée aux quatre membres n'allait pas aussi envahir les muscles de la respiration.

M. Joffroy émit l'opinion que l'expulsion du fœtus devenait nécessaire aussi bien à cause de la généralisation de l'amyotrophie, qui deviendrait si vite fatale, qu'à cause de l'état profondément cachectique, qui constituait également un danger pour la vie de la mère.

Après discussion approfondie, nous nous rangeâmes à cet avis, et alors que nous nous étions refusés jusqu'ici à toute intervention active, nous considérâmes celle-ci comme la suprême ressource d'une situation immédiatement menaçante. Nous pensâmes, en outre, que, l'opération étant décidée, elle devait être faite à bref délai. Elle fut pratiquée par M. Pinard, avec son habileté bien connue, à l'aide de l'introduction de la sonde. Il fallut y revenir plusieurs fois. Une sage-femme avait été placée en permanence auprès de la malade. La fausse couche eut lieu le 13 juillet. Elle fut facile. Le placenta sortit tout entier peu de temps après le fœtus. Il n'y eut pas d'hémorrhagie. Les suites de couches, soignées avec des précautions antiseptiques, furent aussi simples que possible. (*A suivre* )

## REVUE DES JOURNAUX

**Bons effets du traitement de la tuberculose par le tannin**, par le docteur S. de Jager (de New-York). — MM. Raymond et Araud, dans les deux mémoires qu'ils ont publiés sur ce sujet dans les *Etudes expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, ont signalé les bons effets du tannin, à la dose de 1 à 5 grammes dans les vingt-quatre heures, sur la toux, l'expectoration, les sueurs nocturnes, l'appétit et la digestion. M. de Jager, qui a essayé le même mode de traitement, n'a pas constaté d'influence favorable sur la toux et l'expectoration, ni durable sur les sueurs nocturnes; mais il dit que le grand avantage du tannin est de régulariser parfaitement l'appétit, la digestion et les garde-robes.

Deux de ses malades étaient en très mauvais état : pas d'appétit, selles irrégulières, avec alternatives de diarrhée et de constipation; peu de jours après s'être mis au tannin, cet état s'améliora considérablement. Les selles devinrent régulières et l'étaient encore, dans un cas, au bout de cinq mois; dans l'autre, au bout de six semaines; et quoi qu'au commencement ils ne pussent rien manger, pas même prendre une goutte de lait, l'appétit et la digestion sont bons maintenant et les malades prennent avec plaisir de grandes quantités de lait bouilli. Est-il étonnant qu'ils augmentent de poids dans de telles circonstances?

De Jager donne l'acide tannique pur en capsules de 25 centigrammes et commence par une capsule trois fois par jour, une heure avant le repas. Au bout d'une semaine, il donne trois capsules de 50 centigrammes par jour et augmente d'une capsule tous les trois ou quatre jours, jusqu'à ce que le malade prenne deux capsules cinq fois par jour.

L'auteur ne croit pas encore que le tannin soit un spécifique contre la tuberculose; mais, comme il est inoffensif, même à ces fortes doses, et que, par son action excellente sur le tube digestif, il contribue beaucoup à la restauration de l'organisme, il

pense qu'il faut l'essayer dans ces cas où l'on ne sait plus que faire. Il n'a trouvé non plus aucune influence à ce médicament sur les bacilles des crachats. (*New-York med. Record*, 15 sept. 1888, p. 290.) — Dr Ph. L.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 janvier 1889. — Présidence de M. DE RANSE, puis de M. E.-R. PERRIN.

M. DE RANSE ouvre la séance en prononçant l'allocution suivante :

Messieurs,

L'histoire des sociétés savantes, comme celle des nations, est d'autant plus heureuse qu'elle est moins mouvementée. Quand Ovide chantait les douceurs du printemps, quand Virgile célébrait les amours du berger, les peuples ne s'entrechoquaient pas, le sang de leurs armées ne rougissait pas les sillons et les historiens d'alors pouvaient laisser reposer leur style. De même, quand un de nos archivistes futurs voudra, dans quelque dizaine de lustres, continuer l'histoire de notre Société, il aura une page presque glorieuse à consacrer à l'année qui vient de finir. Je dis presque, j'aurais voulu pouvoir dire tout à fait. Mais nous avons perdu un membre honoraire, M. de Robert de Latour, et un membre correspondant, M. Blondel.

Le premier, Messieurs, qui avait occupé le fauteuil de la présidence en 1851, était notre doyen d'âge : il est mort, en effet, à 87 ans. Ses études sur la chaleur animale et la température dans les maladies sont connues de tous. A l'amour du travail, notre regretté confrère joignait un sentiment profond de la dignité professionnelle; aussi fut-il, il y a quelque vingt ans, de la part du corps médical de Paris, l'objet d'un témoignage public d'estime des plus mérités, en même temps que des plus flatteurs.

M. Blondel exerçait la médecine à Raismes, dans le département du Nord. Je ne saurais rien vous dire des travaux de ce confrère. A en juger par la date à laquelle il a obtenu son diplôme (1865), il devait être dans la force de l'âge.

La mort n'ayant fait aucun vide parmi nos membres titulaires, je n'ai ni à enregistrer d'admission nouvelle ni à souhaiter de bienvenue. Notre situation financière n'a pas changé et est toujours satisfaisante. Aucun événement, digne d'être noté, n'est venu interrompre le cours régulier de nos séances.

Vous le voyez, Messieurs, l'année 1888 a été exceptionnellement calme. Est-ce à dire qu'elle soit restée stérile? Non, certes, car vous avez travaillé, et bien travaillé; j'en appelle au savant rapport que vous allez entendre de notre cher et excellent secrétaire général. Vous ne cessez de prendre une part active au mouvement scientifique; toutes les découvertes dont s'enrichit la pratique trouvent ici un écho, un encouragement, parfois un contrôle sévère; étendant votre champ d'action et vous souvenant d'une tradition ancienne, vous n'hésitez pas, quand l'occasion se présente, à donner votre avis dans les hautes questions de médecine publique. C'est ainsi que vous maintenez notre Société à un rang élevé parmi les Sociétés savantes.

D'autre part, vous savez unir l'agréable à l'utile. Dans cette enceinte, en effet, la confraternité se transforme promptement en amitié. C'est là, Messieurs, un des grands attraits de notre Société; c'est aussi ce qui doit en rendre l'accès plus difficile. Cette année, vous vous êtes recueillis; avant de combler les vacances qui existent parmi les membres titulaires, vous avez tenu sans doute à resserrer et à cimenter les liens entre les anciens et les nouveaux venus. Il sera sage peut-être d'ouvrir bientôt vos rangs à de jeunes recrues. Je dis jeunes, parce que, dans la période de transformation scientifique que nous traversons, il vaut mieux, pour marcher de l'avant, n'avoir pas à rompre avec des idées avec lesquelles on a longtemps vécu. La jeunesse d'ailleurs apporte l'activité, le mouvement, la vie, et, sous votre incessant contrôle, vous n'avez pas à craindre qu'elle s'égare et vous entraîne avec elle.

Mais je me laisse glisser, Messieurs, sur un terrain qui ne m'appartient plus. C'est, en effet, à mon successeur dans ce fauteuil, à l'excellent et dévoué collègue dont vous avez déjà l'an dernier reconnu les longs et éminents services par une médaille d'honneur, c'est à M. Perrin de veiller au développement progressif et à la prospérité de notre Société. Assisté de l'un des maîtres le plus justement estimés de l'ophthalmologie française, il ne saurait faillir à la tâche; nous pouvons avoir toute confiance en lui et en ses collaborateurs, et j'applaudis d'avance à leurs efforts et à leurs succès.

Il me reste, Messieurs, à vous exprimer encore une fois toute ma reconnaissance pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à diriger vos travaux; le souvenir de vos suffrages et de votre bienveillance comptera parmi les plus chers et les plus précieux de ma carrière médicale.

Après ces paroles, vivement applaudies, M. de Ranse appelle au bureau M. Perrin, président pour l'année 1889. M. Perrin, en prenant possession du fauteuil, s'adresse à ses collègues en ces termes :

Messieurs et chers confrères,

Permettez moi, tout d'abord, de vous remercier pour l'honneur que vous m'avez fait en m'appelant à occuper ce fauteuil.

Les fonctions présidentielles, mes chers collègues, supposent chez celui qui les remplit un ensemble de qualités tellement rares, que, pour mon compte personnel, si je n'étais sûr à l'avance de votre indulgence et de votre sympathique bienveillance, je craindrais fort, à défaut de la notoriété scientifique qui me fait si complètement défaut, et de l'autorité que cette notoriété donne justement à un président, je craindrais fort, dis-je, de manquer de ce sang-froid, de ce calme, de cette présence d'esprit, de ce tact, en un mot, si nécessaire pour diriger les travaux importants d'une Société comme la nôtre.

Mais, heureusement, et c'est ce qui me rassure quelque peu, que pour ne pas rester trop au-dessous de la tache périlleuse que vous m'avez confiée, il me suffira de suivre simplement les excellents exemples de mes honorables devanciers, et en particulier ceux de notre cher président sortant, M. le docteur De Ranse, dont l'aménité et la parfaite correction pendant le cours des séances de l'année qui vient de finir ont été si justement appréciées par chacun de nous. J'ai hâte d'ajouter, en même temps, qu'avec le concours d'un secrétaire général, comme celui que nous avons le bonheur de posséder dans la personne de notre zélé et sympathique collègue M. le docteur Christian, cette tâche de votre président lui sera singulièrement rendue plus facile. Aussi, ai-je quelque raison d'espérer que, malgré mon insuffisance, je n'en parviendrai pas moins à continuer de donner à vos séances tout l'intérêt qu'elles méritent.

S'il est vrai que l'activité et le mouvement scientifique, autrefois concentrés dans les Sociétés savantes, se sont portés, depuis, du côté de la presse périodique, il convient d'ajouter que ce fait, quoique exact et inévitable, ne touche, en réalité, que très indirectement notre Société, qui peut précisément, grâce à la large hospitalité qu'elle reçoit dans l'un des organes les plus autorisés de cette même presse, l'*Union médicale*, offrir à tous, et, en particulier, aux jeunes travailleurs d'entre nous, cette publicité étendue qu'à bon droit ils recherchent.

Mais, messieurs, en dehors de ces considérations, le passé glorieux de la Société de médecine de Paris, n'oblige-t-il pas véritablement chacun de nous ?

Quelle Société médicale, encore debout, en effet, pourrait, comme la nôtre, dater sa première séance d'organisation du *22 mars 1796*. Comme vous l'a rappelé autrefois notre honorable et ancien archiviste, le docteur Rougon, quelle Société médicale, soit parmi ses fondateurs, soit parmi ses membres correspondants, aurait à nous opposer une pléiade de noms aussi illustres : Sédillot (aîné), Sédillot (jeune), Percy, Brasdor (père), Brasdor (fils), Bottentuit, Bouillon-Lagrange, Pinel, Portal, Larrey, Sue, Chaussier, Vauquelin, Desessarts, Leveillé, Dubois, Désormaux, Corvisart, Cuvier, Parmentier; et parmi ses associés étrangers : Abernethy, Tenon, Cooper, Hunter, les deux Franck, Scarpa, Huffeland, Sœmmering, Winslow, etc.

Je puis donc le répéter, un passé aussi glorieux non seulement engage le présent, mais doit encore assurer l'avenir. A l'œuvre donc, messieurs, à l'œuvre surtout, jeunes confrères, vous sur qui reposent plus particulièrement nos futures destinées. La microbiologie dans ses applications à la médecine, vient d'ouvrir, grâce aux admirables découvertes de notre illustre Pasteur, à votre intelligence et à votre curiosité, de vastes et nouveaux horizons ; à vous de les explorer, et, s'il est possible, d'en reculer encore les limites. A cette condition, le bon renom de notre chère compagnie, se continuera, et nous pourrons transmettre intact, et peut-être agrandi, le vieil héritage que nous avons fidèlement recueilli des mains de nos aînés.

Un seul mot encore, messieurs et chers collègues, pour vous prier de voter, par acclamation, des remerciements au bureau sortant, dont le nouveau s'efforcera de suivre les mêmes et excellents errements. (Applaudissements prolongés.)

— M. Trousseau, secrétaire annuel, lit le procès-verbal de la séance précédente, qui est lu et adopté.

— A propos du procès-verbal, M. Duroziez communique une lettre de M. le docteur de Valcourt (de Cannes), membre correspondant, qui rectifie en quelques points ce qu'il avait dit du corset de Sayre.

Cette lettre est ainsi conçue :

Mon cher confrère,

Je me serai peut-être mal expliqué, mais je vous prie de rectifier ce que vous dites du corset de Sayre en me citant.

Sayre n'a pas renoncé à la pendaison, bien au contraire, il y tient essentiellement ; de plus, le corset n'est pas établi en deux valves ; il est simplement fendu après sa confection et avant de cesser la pendaison, puis retiré encore tout frais et incomplètement sec, de façon à n'avoir ni faux plis ni déformation provenant toujours au moment de dépendaison, si le corset se sèche sur le malade lui-même.

Le corset est ensuite séché doucement (ici nous le mettons seulement au soleil) ; puis on y adapte une bande de cuir et des œillets, afin de pouvoir le lacer à volonté.

Nos scoliotiques prennent, à Cannes, des bains dans la mer pendant tout l'hiver, naturellement le corset est enlevé pour l'heure du bain. Le corset est fendu en avant, jamais en arrière, car il est important que l'épine dorsale soit maintenue fermé.

Avant de placer le corset, on revêt le patient d'un tricot très long, qui est plus tard ramené au-dessus du corset, de façon à ce que le corset soit complètement revêtu *intus et extra* par le tricot.

Je vous serais reconnaissant d'établir ces rectifications devant notre Société de médecine et dans le journal l'*Union médicale*.

Votre bien dévoué, Dr de Valcourt.

La discussion sur le corset de Sayre est renvoyée à une prochaine séance.

La correspondance imprimée se compose de journaux et revues habituels, et des *Boletins da Sociedade de medicina e cirurgia do Rio-Janeiro*, anno III, nos 8, 9, 10.

— M. le Président annonce à la Société que M. Duroziez vient d'être nommé officier d'Académie. Il le félicite de cette distinction justement méritée, qui ne saurait être qu'un acheminement vers une distinction plus élevée.

— M. Fredet, membre correspondant, assiste à la séance.

— Reliquet : Messieurs, M. le professeur Charcot et plusieurs de ses élèves viennent d'ouvrir une souscription pour élever un monument à Duchenne (de Boulogne) dans la Salpêtrière.

Je viens demander à la Société de médecine de Paris de souscrire. C'est à elle, dont il était membre, que Duchenne a communiqué la plupart de ses travaux.

Je suis convaincu, mes chers collègues, que vous approuverez ma proposition, que vous voudrez participer à rendre impérissable pour tous la mémoire de ce travailleur infatigable.

N'appartenant à aucun corps officiel, il a pu, malgré tout, donner la démonstration anatomique de ce qu'il avançait.

Personnellement nous l'avons connu, cherchant dans les salles d'autopsies des hôpitaux avec discrétion, mais tenacité, les pièces anatomiques démonstratives pour lui, et cela jusqu'au jour où Trousseau le présenta à ses nombreux élèves dans son amphithéâtre de l'Hôtel-Dieu.

La Société décide qu'elle souscrira pour une somme de 200 francs au monument à étever à Duchenne (de Boulogne).

— Après la lecture du procès-verbal, le docteur Dubrisay demande la parole pour faire à la Société une communication :

M. Dubrisay : Messieurs, vous vous souvenez que, dans la séance du 9 octobre 1886, votre président, M. Perrin, lut à la Société une note très bien étudiée, comme le sont toutes ses communications, sur la nécessité de rattacher à une administration centrale de la santé publique les différents services de l'hygiène.

Tandis que la plupart des nations civilisées, notamment l'Angleterre, l'Allemagne, les Etats-Unis, possèdent une administration centrale de la santé publique, avec les fonctionnaires spéciaux, convenablement rétribués, en France, les services de l'hygiène sont disséminés, ressortissant les uns au ministère de l'intérieur, les autres au ministère du commerce et de l'industrie ou ailleurs, et le Comité supérieur qui siège auprès du gouvernement n'a que des attributions limitées, absolument insuffisantes, sans aucun droit d'initiative.

Pénétrés de la nécessité urgente de mettre fin à une semblable anarchie, les divers Congrès d'hygiène qui se sont succédé depuis quinze ans, le Comité consultatif d'hygiène publique de France, et enfin une commission parlementaire présidée par M. Jules Siegfried ont demandé qu'à l'exemple de la plupart des pays étrangers, l'administration sanitaire civile fût confiée en France à leur direction autonome compétente et responsable, aussi bien auprès du pouvoir central que dans les départements et les grandes villes.

C'est à ce vœu, adopté déjà trois fois par l'Académie de médecine, que nous demandons à la Société, disait M. Perrin, de s'associer par un vote.

La lecture de cette note donna lieu à une discussion à laquelle prirent part MM. Dubrisay, Perrin, Ladreit de La Charrière, Gillebert-Dhercourt, Christian, et qui fut suivie par l'adoption, à l'unanimité, de la proposition de M. Perrin.

Il fut décidé, en outre, que la note de M. Perrin et la discussion qui en avait suivi la lecture seraient adressées à M. Siegfried et à tous les députés de la commission parlementaire, et que trois membres de la Société de médecine, les docteurs Perrin, de Ranse et Dubrisay, seraient délégués auprès de la susdite commission pour développer et soutenir les idées de la Société.

Appelés devant la commission parlementaire en janvier 1887, les délégués, après avoir exposé leurs idées sur une nouvelle réglementation des stations thermales, sur l'organisation des commissions départementales et la création d'agents de la santé publique, terminèrent leurs dépositions en émettant le vœu que, dans la direction de la santé publique, les services d'hygiène fussent annexés à ceux de l'assistance hospitalière, et que la direction elle-même de la santé fût rattachée non plus au ministère du commerce, mais au ministère de l'intérieur qui, tenant dans ses mains toute l'administration municipale, était le seul ministère qui fût à même de faire mentir les prescriptions des hygiénistes.

Messieurs, la question en était restée là et l'on se demandait quand elle sortirait de l'ornière où la retenaient des compétitions multiples et opposées, quand, le 5 janvier 1889, vous avez vu paraître le décret présidentiel qui a créé la direction de la santé publique, l'a placé au ministère de l'intérieur et réuni dans une seule main les services d'hygiène et ceux de l'assistance hospitalière.

C'est la réalisation du vœu que vous aviez émis, et la Société de médecine de Paris ne peut être que satisfaite de son intervention dans une question qui touche aux intérêts les plus graves de la nation.

— M. Christian, secrétaire général, lit le compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1888.

Cette lecture est vivement applaudie.

— M. Le Blond communique une note sur la *porolithe fluorhydrique.* (Sera publié.)

— M. Dubrisay entretient la Société des accidents nerveux et en particulier des convulsions chez les enfants. (Sera publié.)

— M. de Beauvais a été heureux d'entendre M. Dubrisay appeler l'attention sur les accidents convulsifs qui sont si fréquents chez les enfants, qui inspirent toujours une frayeur légitime aux praticiens et aux familles, et qui cependant guérissent souvent sans laisser de traces.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Constantinople. — Sur la proposition de Mavrogeny pacha, médecin en chef du sultan, le docteur Zoeros pacha, professeur à l'Ecole impériale de médecine de Constantinople, avait été envoyé à Paris, avec deux autres de ses collègues, pour s'initier à la pratique des inoculations antirabiques.

A son retour ici, il a reçu l'ordre d'organiser un Institut antirabique dans le genre de l'Institut Pasteur. Cet Institut a été installé provisoirement dans les annexes de l'Ecole de médecine, mais un Iradé récent du Sultan a prescrit la construction d'un édifice spécial pourvu de toutes les installations nécessaires et conforme aux indications fournies par Zoeros pacha. En attendant, les laboratoires actuels sont pourvus de tout ce qui est nécessaire pour la pratique des inoculations antirabiques et pour les recherches de bactériologie.

Lisbonne. — On compte édifier prochainement ici un Institut bactériologique, avec un laboratoire annexe spécialement destiné aux vaccinations antirabiques. Le professeur qui sera mis à la tête de cet Institut bactériologique doit se rendre incessamment à Paris à l'Institut Pasteur, pour y faire les études nécessaires.

## COURRIER

A la suite d'un rapport communiqué par le docteur Armand Gaulier, au comité d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, ce comité, dans sa dernière séance, a adopté à l'unanimité des conclusions invitant M. Lozé, préfet de police, à prendre un arrêté qui proscrive d'une façon absolue l'emploi des briquettes de n'importe quelle composition pour le chauffage des voitures publiques. Les bouillotes à eau chaude sont indiquées, par les conclusions du comité, comme pouvant seules être autorisées sans danger pour la sécurité des voyageurs.

— MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours pour l'admission aux emplois de chirurgien suppléant et de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare, se feront inscrire au ministère de l'Intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat, directeur), rue Cambacérès, 11, de dix heures à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription ouvert le lundi 28 janvier, à dix heures, sera clos définitivement le samedi 23 février, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 28 février, avis de la décision les concernant.

UTILISATION DES EAUX D'ÉGOUT. — Le Sénat vient de voter en deuxième délibération le projet de loi relatif à l'utilisation des eaux d'égout dont nous avons déjà parlé à plusieurs reprises.

Ce projet, modifiant sur quelques points de détail le projet déjà adopté par la Chambre, devra repasser devant cette dernière, avant sa promulgation.

Les seuls points qui aient été sérieusement discutés à nouveau devant la haute assemblée sont : 1° Celui relatif à la quantité des eaux qui pourraient être déversées par hectare. Les adversaires du projet demandaient que ce chiffre fût fixé à 20,000 mètres cubes, le Sénat a maintenu le chiffre de 40,000 ; 2° Un article additionnel de M. Léon Say, ainsi conçu :

« Avant toute irrigation à l'eau d'égout non stérilisée, il sera procédé à une enquête de *commodo et incommodo.* »

Cet article ne visait rien moins qu'à chauffer les eaux d'égout de Paris à 110° en vase clos, avant de les déverser sur le sol ! !

Il est vrai que sur la demande de M. Cornil, M. Léon Say avait consenti à changer le mot *stérilisé* en *épuré*.

Malgré ce changement, le Sénat n'a pas cru à la nécessité d'une enquête de *commodo* et *incommodo*. Il a pensé que subordonner l'application de la loi à une pareille enquête, cela équivalait à un rejet pur et simple et il a passé outre. (*Bull. méd.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER. — M. le docteur Ducamp est nommé chef de clinique médicale (emploi nouveau).

M. Pansier est nommé aide de clinique ophthalmologique (emploi nouveau).

LES MÉDECINS DANS LES RÉGIMENTS D'INFANTERIE DE MARINE. — On lit dans les *Tablettes des Deux-Charentes :*

« Une bonne décision a été prise lorsque le ministre de la marine a décidé qu'un médecin principal serait médecin-major dans les régiments de la marine. Cette mesure permettra d'assurer, mieux que par le passé, cet important service qui ne ressemble guère à celui des médecins embarqués et d'avoir, en cas de mobilisation, des médecins faisant bonne figure à cheval et habitués au service des ambulances.

« Comme il arrive pour toutes les bonnes choses, la perfection n'a pas été obtenue dès le début et cela parce que les médecins principaux des troupes *ne doivent pas servir aux colonies.*

« Il y a, de ce fait, *préjudice pour le service des troupes*, en ne permettant pas, comme le cas vient de se présenter, d'utiliser dans les régiments les médecins de 1re classe promus, et *préjudice pour l'avancement dans le cadre général du service de santé*, puisque les principaux actuels attendront dans une position tranquille, sans embarquer, la limite d'âge, en renonçant à l'avancement.

« Cela se produira fatalement si l'on n'y porte un prompt remède, qui consiste à décider que les médecins-majors actuels du grade de principal, *serviront dans les infirmeries réglementaires, à Saïgon, à Hanoï et à Hué.*

« *Un médecin principal en retraite.* »

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 26 janvier 1889. — *Ordre du jour* : 1. Corset de Sayre : discussion. — 2. Ataxie locomotrice et syphilis ; discussion. — 3. Communications diverses, à trois heures : réunion du conseil d'administration (le bureau et MM. de Ranse et Dubrisay).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Hôpital de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

### Le traitement des tænias.

Messieurs,

Un tuberculeux de notre service présentait des phénomènes bizarres de douleurs abdominales et lombaires ne se rattachant à aucun phénomène net du côté du ventre. L'expulsion de quelques anneaux de tænia vint nous éclairer sur la cause de ces symptômes et nous essayâmes de débarrasser le malade de son parasite. Malheureusement, il vomit l'apozème et l'huile de ricin qui lui avait été donnée ensuite, et l'effet fut nul. Ceci prouve que le traitement du tænia, dont je vais vous entretenir aujourd'hui, offre des difficultés de plus d'un genre.

D'abord, il faut être sûr de la maladie et ne pas croire que, si l'on hésite, il suffit de donner un anthelminthique. Cette pratique offre, en effet, de grands inconvénients, surtout quand il s'agit du tænia. En effet, tout d'abord, le médicament est fort désagréable à prendre ; ensuite, avoir fait une tentative inutile compromet le résultat final au moins pour un certain temps.

Il faut donc n'employer le tænicide que lorsque l'on a une certitude absolue et que, de plus, on est autant que possible sûr de l'espèce de ver en présence de laquelle on se trouve.

Les accidents dus au tænia sont infiniment variables et, il faut bien le savoir, n'ont rien de caractéristique ; tous, enfin, peuvent se produire en dehors de la présence du parasite. Il faut, pour qu'ils puissent faire penser à ce dernier, qu'il ne soit possible de leur trouver aucune autre étiologie et que les malades qui les présentent n'offrent pas les stigmates du tempérament nerveux.

Quelques-uns des signes indiquant la présence du ver sont fournis par l'appareil digestif. Tels sont la dyspnée, la diminution de la salive, la constriction de la gorge chez les sujets non nerveux. Le prurit du nez et celui de l'anus sont communs.

Il faut chercher le corps du délit, c'est-à-dire les anneaux et les œufs, ces derniers ne pouvant guère être trouvés que dans les garde-robes. Si l'on a affaire au tænia mediocanellata qui tend à devenir le plus commun, très fréquemment des anneaux sont rendus dans l'intervalle des selles. Dans ce cas, le diagnostic se fait de lui-même.

Le tænia solium perd beaucoup moins fréquemment ses anneaux, son accroissement étant bien plus lent.

Enfin, il faut encore songer au bothriocéphale qui ne se voit qu'à l'étranger ou chez les gens ayant habité les pays où le ver est endémique. Il tend, du reste, à disparaître devant les progrès du mediocanellata. Pour le bothriocéphale, il faut souvent attendre des semaines et des mois avant que le malade n'expulse un grand lambeau; le parasite est donc facilement méconnu, surtout quand le fragment, ayant séjourné longtemps dans l'intestin, est devenu méconnaissable.

Dans bien des cas, il faut donc songer à la recherche des œufs pour faire le diagnostic de la présence du bothriocéphale. Cette recherche est répugnante, mais quelquefois indispensable. Ces œufs se présentent sous la forme de corps ovoïdes de $0^{mm}07$ de diamètre dans le plus grand axe. Quand ils sont rendus transparents par la potasse, on aperçoit une petite rainure vésiculaire à une extrémité.

Le diagnostic de la présence du parasite étant formellement établi, il faut expulser le ver. Les moyens que l'on a préconisés sont fort nombreux, mais malheureusement ils sont loin d'indiquer une véritable richesse thérapeutique; Bérenger-Féraud a compté plus de cinquante substances vantées plus ou moins justement. Un certain nombre ne sont plus que du domaine de l'histoire et nous ne nous en occuperons pas. Pendant longtemps, on a cherché un remède sûr, parce que les meilleurs pouvaient échouer. Il est peu probable que l'on en trouve jamais un, et, actuellement, il faut encore nous contenter d'anthelminthiques qui ne réussissent pas toujours.

Parmi les remèdes proposés je citerai d'abord les *tænicides* qui sont pour la plupart des poudres métalliques agissant par traumatisme sur le ver : poudres de fer, de zinc, d'étain, de charbon.

Viennent ensuite les *poisons chimiques* jusques et y compris le pétrole et la noix vomique. Une observation de Peter tendrait même à donner une certaine valeur au cyanure de potassium : un Américain atteint d'une dyspepsie tenace qui résistait à toutes les médications prit par erreur, dans l'obscurité, un serpent de Pharaon (composition renfermant du cyanure de potassium) à la place d'une pastille calmante. Après avoir présenté des accidents assez graves, il expulsa son tænia et guérit à la fois et de son empoisonnement et de sa dyspepsie. Quoi qu'il en soit, ce n'est pas là un remède à conseiller.

Dans une autre classe, on peut ranger les *stupéfiants* tels que l'acide carbonique, l'éther, l'alcool. Dans quelques cas, on a vu le parasite rendu à la suite d'une forte absorption de liquides alcooliques. Pratiquement, il vous sera cependant fort difficile de conseiller à vos malades de se griser.

Enfin, il me reste à vous parler des *spécifiques*. La plupart donnent des résultats médiocres; c'est cependant là que vous trouverez les vrais remèdes. Trois des principaux appartiennent à la matière médicale exotique. C'est d'abord le Mucenna, sorte d'acacia dont on donne l'écorce en poudre et qui serait très utile en Afrique; en France, les résultats sont beaucoup moins beaux, et on n'a guère à enregistrer que des revers. Vient ensuite le kamala, sorte de poudre rouge que l'on trouve dans le fruit d'une euphorbiacée de l'Inde; on en administre 12 grammes dans un purgatif huileux; tandis que quelques-uns ont bien réussi, la plupart semblent avoir échoué, tel que Bérenger-Féraud, par exemple. Reste enfin le kousso qui, pendant quelque temps, a été à peu près le seul médicament conseillé en France. C'est un arbre d'Abyssinie dont on emploie les fleurs en poudre grossière; on en fait macérer, puis infuser 20 grammes, et on avale le tout,

solide el liquide. L'activité des fleurs mâles et femelles diffère, et c'est peut-être là la cause de la variabilité des résultats obtenus. Le mélange d'eau et de fleurs est très difficile à avaler; on a alors essayé de granuler, mais il faut avaler 48 grammes de ces granules pour ne prendre que 16 grammes de fleurs. Sur 737 cas, Bérenger-Féraud n'a relevé que 67 succès, soit 1/10, étant donné qu'on n'appelle succès que les observations dans lesquelles on a pu recueillir la tête. Si, en effet, cette dernière est restée, la rupture ayant eu lieu au niveau du cou, quatre mois après, de nouveaux anneaux apparaissent.

En Abyssinie, le kousso est très employé, mais il faut savoir que les habitants ne tiennent pas à se débarrasser du parasite qui provoque des contractions de l'intestin utiles contre la constipation qui leur est habituelle. En tous cas, que vous employiez le kousso ou un des produits dont il me reste à vous parler, pour éviter que la tête ne se détache en tombant et qu'on ne la croie restée dans l'intestin, il faut faire aller le malade sur un vase plein d'eau.

Les spécifiques indigènes sont aussi au nombre de trois. Je vous citerai d'abord la fougère mâle qui est employée depuis très longtemps. On se sert du rhizome qui renferme une huile volatile et on l'emploie sous forme de poudre ou d'extrait éthéré. Ce remède, tenu secret au XVII[e] siècle, avait été acheté 10,000 livres par Louis XIV. Pour la poudre, on en donne 4 grammes en suspension dans une potion, mais avec des succès médiocres. Trousseau employait un traitement complexe qui durait quatre jours; il donnait à la fois l'extrait et la poudre et terminait par trois gouttes d'huile de croton; l'application du traitement était difficile.

On a conseillé des capsules contenant à la fois de l'extrait éthéré et du calomel, mais il faut encore en avaler 16 au moins; en somme, on peut considérer la fougère mâle comme d'un emploi difficile. De plus, il est certain que si certaines plantes sont actives, comme celles que l'on recueille dans les Vosges, il en est d'autres qui restent inactives, telles sont celles de Normandie. Bérenger-Féraud admet que la fougère donne 25 p. 100 de succès.

La graine de courge est notre second spécifique indigène. On doit employer les graines du potiron commun, de celui qui paraît sur nos tables sous forme de potages, les autres sont ou inactives ou mal connues. La partie utile serait le périsperme qui renferme une sorte de résine verdâtre; cependant quelques médecins ont eu moins de succès avec ce périsperme. Je vous conseille donc d'employer les graines, mais de les monder; 50 à 60 grammes représenteront 140 grammes de semences entières. On pilera en pâte et on donnera soit sous forme d'électuaire, soit, ce qui est mieux, en émulsion dans du lait. Après, on administrera un purgatif quelconque. Bérenger-Féraud a relever 20 succès sur 349 cas, soit 4 p. 100. Mais peut-être les résultats seraient-ils plus brillants si l'on avait soin de noter la provenance des graines.

Le remède devra surtout être employé chez les enfants et chez les adultes difficiles.

Arrivons, maintenant, à l'étude de la racine de grenadier, qui était déjà employée par les anciens Romains. On emploie l'écorce de la racine et celle des branches en rejetant les rameaux de l'année. Quand elle est fraîche, cette écorce est très active quand l'arbre n'est pas malade; elle s'altère, du reste, assez facilement. Cette altération spontanée, je vous le dis en pas-

sant, se remarque pour la plupart des spécifiques dont je viens de vous parler, et c'est une des raisons pour lesquelles il vaut mieux choisir ceux qui proviennent de plantes indigènes. Le kamala, le kousso, par exemple, deviennent inactifs au bout d'un an et demi à deux ans.

Pour le grenadier, on se sert de la poudre, de l'infusion, de l'extrait. Il faut prescrire 60 grammes de poudre, préparation désagréable et la moins efficace. L'infusion est plus utile et se fait avec 60 grammes d'écorce fraîche ou sèche. L'état de dessiccation importe peu parce que, s'il y a moins de substance active, il y a moins d'eau; par contre, il ne faut jamais employer d'écorce vieillie. On met les 60 grammes d'écorce dans 750 grammes d'eau que l'on fait bouillir, on laisse macérer vingt-quatre heures, puis on évapore à 500 grammes. Cela fait beaucoup de liquide à boire, mais il semble bien que cette quantité soit nécessaire, afin que l'estomac envoie rapidement le tout dans l'intestin et qu'il ne se fasse pas d'absorption dans le ventricule. Enfin, on termine le traitement en donnant un purgatif approprié à l'état des voies digestives du malade.

Bérenger-Féraud, sur 832 cas, a relevé 50 p. 100 de succès. L'extrait donne des résultats médiocres. On pourrait essayer de l'administrer en cachets et de faire boire ensuite au malade une certaine quantité d'eau pour les raisons que je vous exposais plus haut.

Le principe actif de la racine de grenadier est la pelletérine. C'est un alcaloïde liquide qui forme un sulfate solide. Très peu actif, ce sulfate le devient beaucoup quand il est associé au tannin, qui le rend cependant beaucoup moins soluble; la nature exacte du corps qui se forme alors n'est pas bien établie. Ses résultats sont plus favorables qu'avec l'écorce : on a obtenu 65 et même, dans ces derniers temps, 79 p. 100 de succès. Au début, on donnait 0,70 centigr.; actuellement, on a reconnu que 0,30 sont suffisants. Une dose forte est loin, en effet, d'être inoffensive. La racine de grenadier cause des vertiges, des palpitations, de l'angoisse précordiale, des nausées, des vomissements, de la faiblesse générale, des crampes dans les membres inférieurs. Quelquefois il y a des accidents persistants, de la paralysie tenace des muscles intestinaux. L'alcaloïde paraît, en effet, agir comme une sorte de curare et empêcher l'animal de se fixer. La paralysie de l'intestin oblige à employer des purgatifs énergiques, d'où souvent la constipation à la suite. De plus, quand on échoue, il est prudent d'attendre un certain temps avant de recommencer, même quand il n'y a pas d'expulsion. L'intestin, en effet, resterait presque inerte et on ne pourrait provoquer les selles rapides qui sont nécessaires pour expulser le ver avant qu'il n'ait repris assez de vitalité pour se fixer de nouveau.

Quel que soit l'anthelminthique que vous aurez choisi, vous aurez un certain nombre de précautions à prendre. L'animal doit être expulsé pendant l'engourdissement; il ne faut donc pas qu'il y ait d'obstacles dans les voies digestives. Le purgatif la veille a des inconvénients, car il est d'observation que, quand le tænia est irrité, il se cramponne davantage. On se bornera donc à prescrire la diète lactée dès la veille et un lavement purgatif pour vider le gros intestin. L'anthelminthique sera donné en deux fois à une demi-heure d'intervalle et le malade restera au lit pour éviter, autant que possible, les étourdissements et les nausées. Le purgatif sera quelconque, mais, donné après un intervalle ni trop long, ni trop court, on le fera prendre quand certains mouvements dans l'abdomen indiqueront que le ver se détache, c'est-à-dire une demi-heure à trois quarts d'heure après

l'administration du spécifique. Quand on le donne trop tôt, le spécifique n'a pas le temps d'agir; quand on le donne trop tard, le ver est sorti de son engourdissement. Il faut bien recommander au malade de se placer au-dessus d'un vase plein d'eau, de ne pas tirer sur l'animal; s'il sort peu à peu, au lieu de tomber en bloc. S'il tarde à sortir, on recourra à un lavement purgatif. Si on échoue, il faut attendre pour agir que le tænia ait donné de nouvelles preuves de sa présence.

Certains malades ne se plaignant pas de leur parasite, peut-on le leur laisser? Je ne suis pas de cet avis, car il n'est pas prouvé que les œufs du ver ne puissent pas remonter dans l'estomac, y éclore, et les embryons passer ensuite dans l'intestin. De plus, la présence du parasite constitue toujours un inconvénient désagréable par la sortie des anneaux au dehors dans l'intervalle des garde-robes. Donc, traitez tous les tænias que vous diagnostiquerez.

---

**Cure radicale de hernie inguinale gauche congénitale avec ectopie testiculaire.**

Par L.-G. Richelot.

On trouvera confirmées, dans le récit suivant, les idées que j'ai exposées et défendues à la Société de chirurgie, dans une discussion de l'année dernière, sur la cure des hernies congénitales.

Le mercredi 22 août 1888, je suis appelé par M. le docteur Saison auprès d'un jeune homme de 27 ans, M. D..., qui porte une hernie inguinale gauche depuis sa naissance et qui souffre au point d'en concevoir de vives inquiétudes. Il paraît que cette hernie s'est laissée contenir pendant de longues années; un bandage l'empêchait de sortir et, quand par hasard elle descendait, la réduction n'offrait aucune difficulté. Depuis quelques mois elle s'est montrée plus souvent plus grosse et plus douloureuse; à diverses reprises, elle a fait mine de résister au taxis.

Enfin, dans les dernières semaines, elle se réduisait avec peine et restait dehors pendant la station verticale. M. le docteur Saison a mis avec beaucoup de soin, en évitant la compression du testicule ectopié, un bandage que le malade supportait assez bien.

Néanmoins la gêne augmentait tous les jours, et M. D..., qui mène une vie très active, craignait fort d'être arrêté brusquement dans ses occupations; un souci continuel s'ajoutait à la douleur et aux accidents passagers.

Le 19 août, il était aux courses de Deauville : tout à coup la hernie sort, devient irréductible, M. D... rentre à Paris clopin clopant, se met au lit et demande une intervention radicale. C'est alors que je l'examine et constate l'état suivant :

Le scrotum est à peu près nul. A droite le testicule ectopié est immédiatement au-dessous de l'anneau inguinal externe; il est peu développé. A gauche, tumeur oblongue, du volume d'un œuf de poule et suivant la direction du trajet inguinal.

La palpation, qui est assez douloureuse, arrive à décomposer cette tumeur en deux parties : l'une, en haut et en dehors, est le testicule, plus élevé que celui du côté droit et de même dimension; l'autre, en bas et en dedans, est une masse pâteuse, épiploïque.

Aucun signe ne révèle la présence de l'intestin. Le malade, qui s'est purgé en arrivant à Paris, a des selles abondantes,

D'après cet examen, le testicule paraît contenu dans le trajet inguinal, au-dessus de l'anneau ; mais il est impossible de sentir ce dernier ni d'apprécier exactement sa largeur et ses rapports avec la glande séminale. Quant à l'épiplocèle, tous les renseignements me font admettre qu'elle est habituellement réductible en totalité ; il n'y a donc pas d'anciennes adhérences et, sans nul doute, je pourrais la réduire maintenant ou dans quelques jours.

Mais ce résultat n'est pas à souhaiter. M. D... a une hernie congénitale en voie d'évolution qui devient pour lui un tourment, une sérieuse entrave. A ne considérer que la gêne, les douleurs, les irréductibilités temporaires, c'est déjà une situation fort pénible pour un homme jeune et actif et qui me suffirait pour lui proposer une intervention que je sais être absolument bénigne. Il y a plus : la hernie congénitale est insidieuse et d'un mauvais pronostic ; elle expose par la conformation du trajet séreux à des étranglements serrés ; aujourd'hui l'épiploon seul est sorti, mais bientôt l'intestin suivra. Le malade, averti par la douleur, comprend la nécessité de prévenir des accidents plus graves.

D'ailleurs, en l'absence même de tout accident, et par cela seul que sa hernie est congénitale, je lui proposerais encore d'intervenir et je l'aurais fait, si je l'avais connu plus tôt, dès l'âge de 15 ans, c'est-à-dire à l'époque de la vie où les chances de guérison spontanée ou par bandage ont presque entièrement disparu.

Voici mes raisons : chez les adolescents et dans les cas ordinaires, la seule condition anatomique de la hernie congénitale, c'est la persistance du conduit séreux ; hors ce défaut, tout est normal, les muscles sont bons, les anneaux sont petits ; la paroi abdominale n'est pas celle d'un hernieux. En supprimant le conduit vagino-péritonéal, on supprime toute cause de hernie ; la récidive n'est donc pas à craindre, ou du moins l'opéré n'a pas plus de raison qu'un autre homme pour avoir dans l'avenir une hernie acquise ; en d'autres termes, on a le droit de compter sur une cure vraiment radicale.

Mais ces bonnes conditions ne se rencontrent que si la hernie est jeune, peu développée, si elle n'a pas élargi les anneaux, affaibi la paroi abdominale. Plus tard quand tout sera distendu, c'est bien un hernieux qui se présentera devant nous et la guérison définitive sera beaucoup moins certaine.

Pourquoi laisser venir le moment où, trop heureux de parer à des accidents mortels ou de rendre une vilaine infirmité plus tolérable, on n'aura plus le droit d'espérer une guérison complète ? Pourquoi respecter cette infirmité pendant les années de la vie les plus actives, quand on a dans les mains une opération qui demande quinze jours de repos et dont la bénignité est extrême, car elle se réduit, dans les conditions où nous sommes placés, à une simple dissection — minutieuse, il est vrai — dans le tissu cellulaire des bourses, opération qui plus tard n'aura plus le même degré d'efficacité ? Pourquoi tant de chirurgiens semblent-ils admettre avec peine que les hernies sont des maladies bonnes à guérir comme les autres et que le meilleur moyen de bien les guérir est de ne pas attendre qu'elles deviennent incurables ?

Chez M. D..., la hernie faisait parler d'elle depuis trop longtemps, à mon sens, et nous n'étions déjà plus à *l'âge d'élection*, c'est-à-dire entre 15 et 20 ans, sans parler des sujets plus jeunes, de 10 et 12 ans par exemple, chez

qui les insuccès des bandages peuvent nous conduire quelquefois et trés légitimement à une opération précoce. Néanmoins la hernie n'était pas grosse, l'intestin n'avait pas encore donné signe de vie, l'anneau devait être peu distendu, la paroi abdominale était ferme et je ne trouvais aucune impulsion viscérale. Ces conditions ne s'écartaient guère, en somme, de celles qui garantissent le succès.

C'est donc avec pleine confiance que j'entrepris l'opération le 29 août 1888.

Incision de la peau au devant de la tumeur épiploïque ; incision du canal séreux ; l'épiploon apparaît libre, sans adhérences, ni inflammation, avec son aspect normal ; je l'attire au dehors et je place trois ligatures de catgut, en chaîne, sur un assez gros pédicule. Après avoir réséqué la masse, j'essaie de réduire, mais l'étroitesse de l'anneau m'en empêche. Ne voulant rien forcer de peur de faire glisser les catguts, j'attire un peu plus et je place trois nouveaux fils sur une partie plus mince; la réduction du pédicule se fait alors sans difficulté. L'épiploon réséqué pèse 125 grammes.

Débarrassé de la hernie, j'examine l'appareil génital : l'anneau et le traje inguinal sont étroits, au point qu'il me paraît inutile de les rétrécir, comme je le fais d'habitude, par des sutures profondes ; le bout du petit doigt y pénètre à peine et le testicule n'y est pas contenu, comme l'examen clinique le faisait croire. La situation de la glande séminale est curieuse et exceptionnelle : l'organe est franchement descendu et sorti de l'anneau; seulement refoulé, sans doute par la pression du bandage, il s'est renversé, son extrémité inférieure regarde en haut et des adhérences le retiennent couché obliquement dans la direction du canal inguinal, au devant de l'aponévrose. Le cordon au sortir de l'anneau inguinal, se réfléchit de bas en haut vers le testicule.

Il s'agit maintenant de supprimer le trajet de la hernie. Le cordon fait saillie à sa face profonde enveloppé d'un véritable feuillet viscéral A petits coups, je sectionne ce feuillet, au devant des éléments du cordon et je décolle peu à peu, de bas en haut, le bout abdominal du conduit séreux ; je l'isole aussi profondément que possible en l'attirant au dehors, j'y place une ligature circulaire, je le résèque au devant de la ligature et je laisse le pédicule rentrer dans l'abdomen. La partie la plus délicate de l'opération est terminée.

Pour reconstituer la vaginale, je ferme, par une suture de catgut en surjet, la large brèche que mon incision primitive a faite à la séreuse. Puis, le testicule ainsi replacé dans son enveloppe, je commence à disséquer les adhérences qui le retiennent en mauvaise position et j'isole complètement la face externe de la vaginale ; plusieurs accrocs faits, chemin faisant, à cette membrane, sont recousus au catgut. J'ai alors un testicule contenu dans sa vaginale et parfaitement mobile au bout d'un cordon qui a toute la longueur voulue pour que l'organe soit replacé dans les bourses. Malheureusement celles-ci sont à peine développées ; tout ce que je puis faire, c'est de creuser avec le doigt dans ce scrotum rudimentaire, une logette où la glande séminale est installée, pour y contracter de nouvelles adhérences, tandis que le cordon reste légèrement flexueux au-dessus d'elle.

J'aurais pu simplifier beaucoup l'opération par la suppression pure et simple du testicule, comme on l'a fait trop souvent dans les hernies congénitales, et comme on peut être — bien rarement — obligé de le faire. Mais, ici, la conservation de la glande était de la dernière importance ; car M. D... n'avait pas supposé un instant qu'on pût songer à la castration, et il tenait

fort à son testicule qui lui rendait les plus grands services. D'ailleurs, l'organe est peu volumineux, mais de bonne consistance, et certainement il a une valeur sexuelle. J'ai expliqué qu'il s'agit d'un testicule descendu, et non d'une ectopie vraie

Je n'insiste pas sur les détails ordinaires de l'opération, l'antisepsie, la suture des téguments au crin de Florence, le drainage à l'angle externe de la plaie.

De cette manœuvre complexe, résulte une petite plaie linéaire insignifiante qui se réunit immédiatement sans douleur et sans fièvre avec deux pansements.

Je conseillai à M. D... de rester couché au moins trois semaines pour donner le temps à la cicatrice de devenir plus solide, mais il voulut absolument se lever à partir du quinzième jour. Il reprit ses occupations, ne sentit plus aucune gêne et oublia totalement ses ennuis passés. Je l'ai revu il y a quelques jours : la paroi abdominale est solide, on ne sent pas d'impulsion, le testicule est à la place où je l'ai mis ; M. D..., — à qui j'ai formellement défendu de porter un bandage, car, je le répète, il n'est pas vraiment un hernieux, — s'applaudit sans réserve d'en avoir fini avec une infirmité qui le tourmentait depuis si longtemps.

---

## D⁻ quelques nouvelles médications.

De l'hydrobromate d'homatropine comme mydriatique pour la détermination des erreurs de réfraction, par Dabney, de Louisville. (*Medical Record*, septembre 1888, et *Recueil d'ophtalmologie.*)

Pour arriver à déterminer exactement l'état de réfraction d'un œil, l'auteur a recherché le mydriaque qui supprime le plus complètement l'accommodation. Il a expérimenté une solution d'hydrobromate d'homatropine, qui a une action moins longue que l'atropine et conviendrait mieux aux malades; il l'a trouvée souvent insuffisante, et, dans beaucoup de cas, il a été obligé de recourir ensuite à une solution d'atropine. L'auteur incline vers l'usage de l'atropine pour suspendre l'accommodation, malgré l'inconvénient que présente la longue durée de son action. Cet inconvénient est largement contrebalancé par le repos forcé ainsi obtenu, repos qui est souvent un élément important du traitement, et permet à l'œil de s'habituer plus facilement aux verres appropriés.

Suivent quatre observations prises au hasard, qui montrent qu'avec l'homatropine l'accommodation n'est pas relâchée, et qu'il est impossible de choisir des verres convenables si on a recours à l'atropine.

Recherches bactériologiques sur les antiseptiques employés en oculistique, par le docteur Weckz (de New-York), traduction du docteur Marc Tœplitz. (*Arch. für Augenheilkunde*, t. XIX, fasc. 1, juillet 1888, et *Recueil d'ophtalmologie.*)

Voici les principaux résultats obtenus à la suite d'expériences faites principalement avec des cultures du staphylococcus pyogenes :

Le sublimé à 1/500 stérilise les microbes en dix secondes; à 1/1000, en quarante-cinq secondes; à 1/2000, en une minute un tiers; à 1/4000, en deux minutes et demie; à 1/5000, en trois minutes; a 1/10000, en cinq minutes; à 1/20000, en douze à quinze minutes.

Pour stériliser les instruments, on peut les laver et les frotter avec un linge antiseptique, mais la moindre tache de rouille est un refuge pour les microbes. Chimiquement le nitrate d'argent et le sublimé attaquent les tranchants. L'acide phénique à 1/20 ou 1/40 n'altère pas l'acier si l'action ne se prolonge pas au delà de une demi-heure à

une heure Le flambage à la lampe est mauvais et le meilleur moyen à employer est l'eau à 90 ou 100°.

La solution à 1/40000 n'est déjà plus irritante pour la conjonctive.

La solution de sulfate de mercure à 1/8000 stérilise les microbes en quatre minutes; elle cause une légère douleur sur la conjonctive, mais cette sensation est passagère.

La solution de bi-iodure de mercure à 1/40000 met quatre jours à agir pour amener la stérilisation. La solution de Panas est un peu irritante à cause de l'alcool qu'elle contient. Elle tue le staphylococcus après un contact de deux ou trois jours.

Le bromure de mercure est soluble dans l'eau; il lui faut plusieurs jours pour agir.

Le proto-iodure de mercure n'est pas soluble et n'agit pas en suspension dans l'eau.

L'oxyde jaune est très peu soluble; sa solution saturée agit sur les germes en deux à quatre jours.

L'oxyde rouge est dans le même cas.

Le calomel est insoluble; en suspension, il agit cependant sur les germes, probablement parce qu'il se forme un peu de sublimé.

Le nitrate d'argent est un parasiticide remarquable à dose peu irritante pour l'œil. A 1/100, il tue les germes en douze secondes; en quatre secondes, à 1/50. L'acide salicylique irrite assez fort la conjonctive; à 1/100, il tue les microbes en une minute, mais est très irritant et peu stable. Une solution à 1/40 d'acide phénique agit en une demi-minute à une minute, mais est très irritant et très douloureux. L'alcool, dès 10 p. 100, est très irritant et en même temps peu actif.

L'eau chlorée saturée de gaz est aussi active, comme parasiticide, que le sublimé et le nitrate d'argent, et n'est pas plus irritante; elle est instable. L'acide sulfureux est trop irritant. L'acide salicylique à 10 p. 100 tue les germes en huit ou dix minutes. L'acide borique n'est pas parasiticide. L'hydrate de chloral à 1/50, le sulfate de zinc à 1/10, le chlorure de zinc à 1/20, le naphtol, le bromure de potassium à 1/10 sont à rejeter comme étant inactifs. Les pommades, en général, ne paraissent pas avoir d'action sur les microbes en suspension dans un liquide aqueux. L'iodol n'a aucune action après trente-six heures; il en est de même de l'acide borique en poudre.

De l'emploi de la levure comme médicament, par le docteur Heer.
(*Deutsche Med. Zeit.*, 27 septembre 1888.)

L'idée d'employer la levûre en thérapeutique n'est pas nouvelle et a été reprise par l'auteur, avec cette différence qu'il se sert de doses considérables. La levûre a d'abord été employée chez les prisonniers et chez les ouvriers pour combattre le scorbut.

Tandis que chez 800 prisonniers atteints de scorbut et soignés de cette manière, 2 seulement succombaient à la maladie, la mortalité était beaucoup plus grande chez ceux qui n'étaient pas soumis à ce traitement. La bonne levûre a un goût de bière et de houblon, elle augmente l'appétit et ne produit pas de troubles digestifs, même à hautes doses. L'auteur lui attribue une action sur la fièvre et la marche de la maladie, car il a vu la température s'abaisser de 41° à 38° en douze heures sans qu'il y ait eu des actions de retour dans la suite.

Traitement du goître exophtalmique par le chanvre cultivé, par R. Valieri, de Naples.
(*Bull. méd.*, 1888, 78.)

L'action physiologique est analogue à celle du chanvre indien. Les phénomènes cérébraux manquent ou sont atténués. Il faut doubler les doses pour produire les mêmes effets qu'avec le cannabis indica.

Les préparations les plus actives sont la résine du chanvre, la teinture et l'herbe sèche en pastilles, en teintures et en fumigations. Viennent, en dernier lieu, l'extrait pharmaceutique d'herbe fraîche et l'extrait aqueux.

L'auteur cite trois observations de goîtres exophtalmiques qui ne furent améliorés que par le chanvre. Dose de teinture au 1/10, 1 à 2 grammes; de cannabine, 0,30, en fractionnant. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Du diabète expérimental*, par MM. G. Sée et E. Gley. — « On n'a pu jusqu'à présent, on le sait, reproduire chez les animaux le diabète tel qu'il se présente en clinique humaine. Nous avons depuis plus d'un an poursuivi sur ce point des recherches variées.

I. On sait que l'excitation du bout central du nerf vague donne lieu à de l'hyperglycémie et à de la glycosurie. Nous avons pu produire l'irritation permanente du bout central du nerf pneumogastrique droit chez le chien et plusieurs des animaux en observation ont présenté, non pas de la glycosurie, mais une véritable azoturie avec amaigrissement notable et rapide. Mais ce n'était là qu'un des éléments du diabète.

II. Nous avons rendu des chiens glycosuriques en leur faisant ingérer journellement de la phloridzine (1 gr. par kilogramme d'animal). Dans ces conditions, l'urine de ces animaux contient pour vingt-quatre heures, dès le premier jour du traitement, une proportion de glucose de 10 à 12 p. 100. La glycosurie cesse avec l'administration de la phloridzine. Cette intéressante expérience avait déjà été faite par von Mering.

C'est bien par elle-même que la phloridzine possède cette action sur la nutrition générale. Si, en effet, on fait absorber à un chien les produits de dédoublement de ce glucoside, ou simplement le premier de ces produits, la phlorétine pure, aux mêmes doses que la phloridzine, il passe à peine dans les urines 1 p. 100 de glucose L'influence de la phlorétine est donc si minime qu'il faut admettre évidemment que ce n'est pas par son radical phlorétique que la phloridzine agit, c'est en tant que composé spécial.

Quel que soit le régime alimentaire de l'animal, les urines contiennent du sucre. Ces faits sont intéressants, puisque, comme toute la matière glycogène d'un animal auquel on donne de la phloridzine est très rapidement détruite, ainsi que l'a démontré von Mering, ils prouvent que le glucose peut se former dans l'organisme aux dépens des matières albuminoïdes et des graisses.

Reste à savoir si cette glycosurie ne s'accompagne pas d'autres troubles. Or, l'animal en expérience, au bout de quelques jours, devient très vorace et, s'il n'est pas suralimenté, il maigrit rapidement. Cette glycosurie s'accompagne donc, dans une certaine mesure, de polyphagie.

Abstraction faite de la présence du glucose, lo composition générale des urines ne varie guère, au point de vue de la teneur en urée et en azote total; pourtant, le rapport entre ce dernier et l'urée a paru s'abaisser un peu.

Nous avons soumis les animaux glycosuriques à divers modes de traitement usités dans le diabète.

Les deux modes de traitement par le bicarbonate de soude et par l'arsenic se sont montrés inefficaces. L'administration du bromure de potassium a amené, au contraire, une légère diminution du glucose.

Nous avons obtenu une atténuation plus marquée de cette glycosurie en instituant un nouveau mode de traitement au moyen de l'antipyrine.

Soit une chienne qui éliminait en moyenne 13 grammes de glucose par jour; nous avons constaté qu'en lui donnant 1 gramme d'antipyrine, l'expérience étant suivie pendant huit jours, cette moyenne tombait à 11 grammes, malgré le régime mixte, rappelons-le encore. Le même animal, remis en observation, éliminait 9 gr. 6 de sucre par jour; traité par l'antipirine, il n'a plus donné que 5 gr. 7. Un autre chien, très petit, dont les urines contenaient 8 grammes de sucre en moyenne, ne donnait plus, dans les mêmes conditions, que 6 gr. 9.

L'influence de l'antipyrine apparaît très nettement, si l'on trace les courbes de la sécrétion urinaire et de l'élimination du glucose; on voit bien alors la modification profonde que subit cette élimination; au lieu d'être à peu près constante, elle devient très irrégulière; en même temps, la quantité de glucose éliminée cesse d'être en rapport

avec la quantité des urines émises; les deux courbes sont, d'une manière générale, indépendantes.

Ces résultats n'ont rien qui puisse surprendre, si l'on se rappelle, d'une part, que von Mering a démontré que, sous l'influence de la phloridzine, toute la matière glycogène du foie et des muscles disparaît, et, d'autre part. que MM. Lépine et Porteret (de Lyon) ont récemment montré que l'antipyrine ralentit précisément la transformation du glycogène du foie et des muscles en glucose. Notre expérience réunit en quelque sorte, en même temps qu'elle les confirme, ces deux expériences.

L'un de nous a semblablemont essayé l'action de l'antipyrine sur un certain nombre de malades diabétiques, et il obtient de ce traitement de très bons effets.

Etant donnée l'action générale de l'antipyrine. qui diminue l'excitabilité du système nerveux, ne peut-on se demander si le diabète ne tiendrait pas plutôt à une exagération qu'à un ralentissement de la nutrition? Comme rien ne nous indique dans quelle mesure il nous serait permis de conclure de la glycosurie expérimentale, que nous avons étudiée, au diabète, nous ne voulons que poser cette question. »

*Virulence des parasites du choléra*, par M. Hueppe. — « M. Gamaleïa a publié récemment qu'il avait pu renforcer, par passage au travers du pigeon, la virulence du bacille cholérique; dans un travail plus récent, M. Lœwenthal annonce être arrivé au même résultat par simple culture dans un milieu approprié, anologue au magma intestinal, et dans lequel le suc pancréatique joue le principal rôle. Après avoir cherché une substance inoffensive pour l'homme et capable d'empêcher le développement du bacille dans sa pâte pancréatique, il dit « qu'il a fini par la trouver » dans le salol, dont il recommande l'emploi à la suit d'expériences *in vitro*, et après s'être simplement assuré, sur lui-même, de l'innocuité de cette substance à faibles doses.

Je rappellerai que, dans le Congrès de médecine interne tenu le 10 avril 1888 à Wiesbaden, et auquel M. Lœwenthal était présent, j'avais montré le premier les variations de virulence du bacille cholérique dans les cultures, et que, après avoir cherché contre lui des moyens thérapeutiques à indication causale, j'avais donné la première place — au point de vue physiologique et pharmacologique — au tribromophénol, au salicylate de bismuth et au salol. Je n'étais d'ailleurs pas le premier à avoir préconisé le salol contre le choléra; j'avais été précédé par Sahli.

Depuis, dans un article antérieur aux communications de MM. Gamaleïa et Lœwenthal, j'ai montré qu'une simple culture de bacilles cholériques, peu ou point virulents, dans un milieu convenable où ils mènent une vie anaérobie, dans l'albumine d'un œuf, donne au liquide de culture des qualités toxiques, qu'il ne prend pas, ou ne prend qu'au bout d'un temps très long dans les cultures sur milieux ordinaires, a vie aérobie. C'est ainsi qu'une culture de quarante-huit heures dans l'albumine d'un œuf devient assez toxique pour tuer deux cochons d'Inde sur trois et rendre le dernier très malade, alors que quatre semaines de culture aérobie dans du bouillon ne donnent qu'un liquide à peine virulent. M. Wood a retrouvé et vérifié ces résultats.

Je les attribue à ce que, dans la culture anaérobie, les ptomaïnes et produits basiques résultant de la dislocation de la matière albuminoïde ne sont pas ultérieurement détruits, tandis qu'ils sont oxydés dans la vie aérobie. C'est une analogie avec la production des acides gras volatils dans la fermentation des hydrates de carbone.

Quoi qu'il en soit de cette idée, on peut se demander si ce ne serait pas dans le mode particulier de vie anaérobie que MM. Gamaleïa et Lœwenthal imposent à leur microbe, l'un dans le corps du pigeon, l'autre dans la pâte gardée en profondeur dans une éprouvette, que gît le secret des variations de virulence observées. Dans tous les cas, les faits que j'ai publiés, en rattachant l'activité toxique et virulente du bacille du choléra à sa vie anaérobie dans l'intestin, ont fait faire à la question du choléra humain un progrès incontestable. »

## FORMULAIRE

Pommade contre les brulures. — Wendt.

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne | 2 grammes. |
| Lanoline ⎫ | |
| Eau distillée ⎭ | àà 17 — |
| Blanc de baleine | 4 — |

F. s. a. — Cette pommade est conseillée pour calmer la cuisson des brûlures, au 1er et au 2me degré. — On peut aussi, en pareil cas, badigeonner la surface douloureuse avec une solution de cocaïne à 2 p. 100, puis enduire la peau d'une pommade contenant 5 grammes d'acide phénique pour 95 grammes de lanoline. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nouvelle découverte de Cow-Pox. — Il y avait un an, dit la *Gazette Médicale Lombarde*, que le Comité vaccinique milanais avait eu la bonne fortune de régénérer sa source propre avec du vaccin naturel (cow-pox), quand le docteur Franceschi, vice-inspecteur vétérinaire, en trouva une nouvelle sur une génisse appartenant au comte Borromeo, le 3 décembre 1888.

L'animal étant couvert d'une éruption très confluente, M. Franceschi fit une récolte dont il fit part immédiatement au Comité vaccinique milanais.

Le 6 décembre on inocula une vache piémontaise de neuf ans : le 10 décembre elle présentait une éruption très nette au niveau des points d'inoculation.

C'est la 17e fois que le Comité milanais, qui fonctionne depuis vingt ans, a pu vivifier à une source naturelle le produit dont il a coutume de se servir exclusivement, au grand profit de l'hygiène publique.

## COURRIER

M. le docteur Gosselin, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Caen, est nommé médecin de l'Asile d'aliénés du Bon-Sauveur, en remplacement de M. Maheut, démissionnaire.

— M. Fauconnier soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 30 janvier 1889, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, une thèse intitulée : « Recherches sur quelques dérivés de la glycérine. »

Hôpitaux suburbains. — Le Conseil d'arrondissement de Sceaux vient d'émettre le vœu que la ville de Paris ne soit pas autorisée à construire dans la banlieue des hôpitaux de maladies contagieuses.

Société médico-pratique. — Séance du 28 janvier 1889. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Huchard, Routier et Dauchez, sur les candidatures de MM. Rochefort, Potherat et Edelmann. — 2. Rapport de la Commission sur le projet de Congrès de thérapeutique. — 3. M. Bureau : Sur un cas d'hydrocéphalie et sur un cas de grossesse quintuple. — 4. M. Schwartz : Ostéotomie cunéiforme pour redressement d'un cal vicieux de la jambe. — 5. M. Pennel : Sur un cas de môle hydatiforme. — 6. M. Leblond : Affection utérine traitée par le massage ; persistance anormale de la sécrétion lactée par réflexe utérin. — 7. M. Blocq : Traitement de l'ataxie locomotrice par la suspension.

*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Note sur la concentration des Sociétés formant la Croix-Rouge française,

Par le docteur P. Bouloumié.

Depuis la funeste guerre de 1870, qui a montré l'insuffisance de nos moyens de secours et l'excessive mortalité qui en a été la conséquence, de grands progrès ont été réalisés grâce surtout à l'autonomie du service de santé militaire votée en 1882. En outre, plusieurs sociétés tendant, sous des noms divers et par des voies différentes, vers un même but, se sont constituées et rapidement développées. Récemment encore, ayant songé à la très grande utilité qu'il y aurait à ce que les hommes exemptés ou ayant dépassé l'âge du service militaire fussent instruits en vue du transport des blessés en cas de guerre, surtout dans nos départements frontières, j'ai demandé l'autorisation d'instituer, dans toutes les localités de nos départements frontières, des corps de brancardiers qui seraient, en cas de guerre, dès l'ouverture des hostilités, prêts à seconder le service de santé militaire et les diverses Sociétés déjà existantes.

Je demande que cette institution soit indépendante de celles-ci pour qu'elle puisse prêter à toutes un égal concours et pour qu'elle échappe, s'il est pos-

## FEUILLETON

### L'HYPNOTISME DANS LE ROMAN D'AUJOURD'HUI (1).

II

Nous nous sommes étendu, un peu trop longuement peut-être, sur cette intéressante question du somnambulisme lucide ou inconscient, et sur les écrivains qui ont copié et saisi, d'après nature, un type d'héroïne qu'ils ne savaient pas entre les griffes de la névrose.

Il nous faudra donc être plus bref dans l'analyse des œuvres concernant le grand hypnotisme où les auteurs se sont attachés à exposer, avec le plus grand intérêt possible de situations, les dramatiques conséquences que peut avoir, dans certains cas, la suggestion post-hypnotique.

Ces romans appartiennent presque tous au même genre : au roman judiciaire.

Le sujet est, en effet, presque constamment le même. Il s'agit le plus ordinairement d'une affaire mystérieuse du ressort de la justice. Qu'on le veuille ou non, le juge d'instruction, le magistrat enquêteur devra, à un moment donné, faire son apparition dans

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 22 janvier 1889.

sible, aux interprétations politiques auxquelles ne manquerait pas, hélas! de donner lieu son adjonction à l'une d'elles; les divisions politiques semblent, en effet, s'être malheureusement étendues de nos jours jusqu'aux Sociétés de secours. Cette institution des *Brancardiers de frontière,* dont on ne saurait manquer d'apprécier la très réelle utilité, a certainement des droits à la bienveillante attention du département de la guerre et pourra être un jour rattachée au service de santé de l'armée au même titre que ses aînées. Elle portera dès lors à quatre le nombre des Sociétés de la Croix-Rouge française, qui se compose actuellement de la Société française de secours aux blessés, de l'Association des Dames françaises et de l'Union des Femmes de France. Bientôt peut-être une autre Société se fondera-t-elle et la Croix-Rouge française en comptera-t-elle un plus grand nombre encore.

Devant ce développement et cette division des secours auxiliaires, je me suis demandé s'il ne serait pas nécessaire de les grouper en vue d'une action commune, et j'ai accompagné ma demande d'autorisation des Brancardiers de frontière des réflexions et des propositions suivantes :

Les *inconvénients* que présenterait, au moment d'une guerre, l'état de choses actuel (indépendance absolue à l'égard les unes des autres des diverses Sociétés formant la Croix-Rouge française) sont de deux ordres : les uns ayant trait au fonctionnement même des Sociétés, les autres à leurs rapports avec le commandement et la Direction du service de santé de l'armée.

Parmi les premiers, nous signalerons surtout le risque de voir les efforts et les dépenses des diverses Sociétés ne pas produire tous leurs effets utiles, par suite d'un défaut d'entente préalable qui leur permettrait de concerter leurs moyens d'action de la manière la plus conforme aux besoins du service, qu'il s'agisse du personnel, du matériel ou des ressources pécuniaires.

Parmi les seconds figure la complication de la transmission, d'une part, des renseignements des Sociétés au commandement et au service de santé et, d'autre part, des instructions de celui-ci aux diverses Sociétés.

---

le drame. C'est la règle pour les romans où les phénomènes hypnotiques occupent le premier plan. Il n'en n'est plus de même, on le comprend, quand la suggestion ne constitue qu'un épisode accessoire du sujet.

Le chef-d'œuvre, dans le genre qui nous occupe, c'est *Jean Mornas*, de Claretie. Je ne crois pas qu'on puisse trouver ailleurs, à notre point de vue spécial, bien entendu, une précision scientifique plus grande alliée à un intérêt dramatique plus vif.

Ce chef-d'œuvre, je ne le résumerai pas ici. Nos confrères l'ont tous lu. Ils connaissent tous ce jeune médecin sans foi médicale comme sans clientèle, ambitieux de fortune et de tout ce que promet aux appétits le grand réveillon du monde, cet orateur écouté des brasseries du quartier latin ne croyant qu'au succès et regardant comme dupes tous ceux qu'arrête un scrupule d'honneur ou de vertu. Ah! comme il tuerait le mandarin, oui! Comme il l'occirait, s'il se présentait, ce magot idéal du fleuve Jaune qui succomberait, suivant la légende, pour peu qu'à distance on souhaitât son trépas ! Et quand il se présente sous la forme d'un vieux magistrat fort riche, comme il n'hésite pas à lui dépêcher, avec des instructions précises pour le dépouiller, une jeune fille en état de suggestion, devenue, depuis longtemps entre ses mains, un sujet merveilleux.

Je n'insiste pas, me réservant pour des œuvres intéressantes, mais n'ayant probablement pas attiré, d'une façon aussi certaine, l'attention de mes confrères.

C'est de l'*Alphonsine* d'A. Belot que je veux parler. De tout ce que j'ai lu, c'est le roman qui me paraît présenter le sujet sous ses faces les plus variées.

Louis Chassin a vainement tenté de se faire épouser par la fille d'un fort riche indus-

Il y a donc lieu, selon nous, de modifier l'état d'indépendance absolue à l'égard les unes des autres, dans lequel les Sociétés de secours vivent jusqu'à ce jour en France.

(Nous ferons observer à ce sujet qu'en général, à l'étranger, les Sociétés de même nature sont centralisées.)

Par quels moyens remédier à ces inconvénients? On pourrait songer à provoquer la *fusion* de toutes les Sociétés en une seule, mais ce système présenterait, lui aussi, de graves inconvénients qu'on peut résumer en quelques mots.

L'émulation créée et entretenue par les distinctions établies entre les diverses Sociétés est un des principaux ressorts de leur activité, les faits le démontrent.

La multiplicité des Sociétés favorise, dans une large part, le recrutement des adhérents en donnant satisfaction aux convenances et aux préférences de chacun.

Elle augmente la puissance de la propagande personnelle en même temps qu'elle stimule un plus grand nombre de dévouements.

Cette multiplicité des Sociétés met, d'autre part, en jeu pour le bien commun des amours-propres qui deviendraient rivalité si on proposait la fusion, et seraient un obstacle à la réalisation de celle-ci et aux bons résultats qu'on pourrait espérer.

Par ces motifs, il nous paraît certain que *la fusion irait à l'encontre du but que poursuivent les diverses Sociétés de secours,* dont les efforts seraient par elle rendus moins féconds.

Le moyen qui nous semble de nature à concilier les intérêts de l'armée et ceux des Sociétés consisterait à organiser dans chaque localité où celles-ci fonctionnent simultanément un Conseil de la Croix-Rouge française comprenant un délégué de chacun de ces Sociétés.

A Paris siégerait un Conseil supérieur composé de deux délégués de chacune des Sociétés de secours.

Ces conseils auraient pour attributions de centraliser dans chaque ville et

---

triel dont il était le secrétaire. Prévenu contre ce prétendant indélicat par les renseignements les moins flatteurs, le père a réussi à combattre l'inclination de sa fille qui a, dès lors, apporté à M. de Givray ses dix millions de dot et n'a pas lieu de s'en repentir.

Mais la partie n'est pas perdue pour le rancuneux secrétaire. Pauvre d'argent, besoigneux même, il rencontre chez sa maîtresse une demoiselle Berthe Mauclair, jeune fille naïve, vivant seule, à la recherche d'engagement pour un théâtre quelconque. Le faux Briart (ce faux nom est nécessaire à ses machinations), ne devient pas l'amant de cette pauvre isolée au caractère faible; il se contente de l'hypnotiser. Berthe est un sujet qui se prête merveilleusement à la suggestion.

Quelque temps après, un homme est assassiné chez cette même Berthe Mauclair. La justice se transporte sur les lieux. Près du cadavre, qui est celui de M. de Givray, se tient la jeune fille accablée, anéantie. Elle a cependant dans son visage, dans ses yeux, dans ses allures, quelque chose d'extraordinaire qui frappe le médecin requis.

On l'interroge. Elle avoue d'elle-même que c'est elle qui a frappé M. de Givray. — Pourquoi? — Je ne pouvais pas faire autrement. — C'est avec ce poignard que vous avez frappé? — Oui. — Il vous appartenait? — Non, je l'ai trouvé dans cette boîte. — Qui l'y a mis ? — Je ne sais. — Vous avez des complices? — (Avec force) : Non.

La justice est hésitante; cette femme l'étonne. Elle n'explique pas le crime. Mais l'accusée qui avoue l'assassinat avec tant de spontanéité refuse de reconnaître qu'elle a volé à la victime les dix billets de 1,000 francs qu'on a trouvés cachés dans son oreiller. Le jury, indisposé par cette contradiction, la condamne à la réclusion perpétuelle.

dans chaque région de corps d'armée, tous les renseignements pouvant être utiles au service de santé en cas de guerre et de concerter dès le temps de paix leur action au moment des hostilités.

Le *Grand Conseil* des Sociétés de la Croix-Rouge française, siégeant à Paris, aurait pour attributions de centraliser les rapports des divers Conseils locaux, de préparer la mobilisation générale des services de secours auxiliaires: pour cela, il se tiendrait en communication constante avec l'autorité militaire et serait chargé d'assurer l'exécution des instructions émanant de la Direction du service de santé militaire, en répartissant, conformément aux ressources générales et locales de chaque Société, les diverses charges qui incombent à l'ensemble.

A cet effet, le Grand Conseil serait représenté auprès de l'autorité militaire par un délégué général qui serait désigné suivant un mode à déterminer, autant que possible par une haute personnalité indépendante de l'une ou de l'autre des Sociétés.

De cette façon, chaque Société conserverait son nom, ses règlements et son autonomie. Les inconvénients de la fusion seraient écartés et ses avantages se combineraient avec ceux de l'indépendance, l'initiative des efforts respectifs étant sauvegardée et leur efficacité étant assurée par ce concours préalablement réglé.

---

**Sur un cas d'atrophie musculaire des quatre membres, à évolution très rapide, survenue pendant la grossesse et consécutivement à des vomissements incoercibles** (1).

Par MM. Desnos, Pinard et Joffroy.

Note lue à l'Académie de médecine dans la séance du 27 novembre 1888,
Par le docteur Desnos, médecin de l'hôpital de la Charité,
Secrétaire général de la Société médicale des hôpitaux.

A partir de ce moment, la santé s'améliora à vue d'œil. Bientôt une ali-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 26 janvier 1889.

---

Après ce premier acte, on ne sera pas étonné de voir, au second, Louis Chassin, le véritable assassin, devenir le nouveau mari de la veuve de M. de Givray, c'est-à-dire mettre la main sur les 10 millions si convoités. On sera moins étonné encore de le voir se livrer sans vergogne à la débauche la plus effrénée. L'outrage est tel pour sa femme que, cédant aux instances d'un vieil ami de son père, elle lance une requête à fin de divorce.

Comment le libertin criminel va-t-il parer le coup, et mettre à l'abri ses millions menacés?

Rien de plus simple, la suggestion lui a réussi avec B. Mauclair, elle aura le même succès avec sa femme. Il lui suggère donc d'écrire à un artiste de la Comédie-Française qu'elle l'aime, qu'elle est folle de lui et qu'il l'attende, chez lui, le lendemain, à dix heures du soir!

Tout marche à souhait. A peine la somnambule est-elle entrée chez l'artiste que le mari, escorté d'un commissaire de police, tombe entre ces deux amants qui ne se connaissent pas et, armé d'un bon constat d'adultère, reste, en menaçant sa femme de scandale, le maître de la fortune. Il reprend, dès lors, sans inquiétude, le cours de sa vie désordonnée.

Mais il comptait sans le vieil ami qui veille, sans ce riche et savant baron de X... qui, éclairé par les conseils et les leçons d'un médecin (le rédacteur en chef de la *Revue de l'hypnotisme*), obtient, à l'aide de contre-suggestions, les aveux de l'infortunée épouse et découvre l'infamie de ce mari sans âme.

mentation choisie, mais très substantielle, était parfaitement tolérée. Les forces renaissaient assez vite, mais l'atrophie et l'impuissance des membres persistaient comme au moment de l'avortement, les progrès du mal s'étant nettement arrêtés après l'expulsion du fœtus. C'est dans ces conditions qu'au commencement du mois d'août, nous transportâmes la malade à la campagne à dix lieues de Paris. Il avait été convenu qu'on chercherait à combattre la paralysie, l'amyotrophie et à réveiller la contractilité à l'aide d'un appareil galvanique formé de 52 éléments de moyenne dimension au bi-oxyde de manganèse et au chlorure de zinc.

Nous avons alors constaté, M. Joffroy et moi, que, pour obtenir des contractions appréciables dans les muscles atrophiés des membres inférieurs en excitant ceux-ci dans les points d'élection par le renversement brusque du courant, il fallait employer de 44 à 52 éléments au lieu de 16 ou 18 qu'il faut à l'état normal. La diminution de la contractilité galvanique était donc considérable. Ajoutons que l'on ne constatait pas de différence bien accusée entre la contraction au pôle positif et celle au pôle négatif.

Aux membres supérieurs, la contractilité était moins diminuée, mais il était encore nécessaire d'employer 34 éléments. Là encore il n'y avait pas de réaction de dégénérescence, mais on ne constatait qu'une faible différence entre les contractions au pôle positif et au négatif.

On s'assura de nouveau à ce moment de la disparition de la contractilité faradique.

L'appareil fut emporté à la campagne. Mais, par suite de circonstances diverses, la malade en refusa obstinément l'usage en raison des douleurs violentes que lui causait l'application des courants. Le séjour à la campagne fut de deux mois. L'amélioration de la santé générale se caractérisa de plus en plus. La paralysie même des membres supérieurs diminua et il était possible à Mme X... de manger seule, de faire des travaux d'aiguilles et même de coudre des étoffes assez dures. Les quinze derniers jours de son séjour furent marqués par des douleurs vives dans les membres inférieurs,

---

La science complice du crime va en devenir la vengeresse.

B. Mauclair, grâce à de puissantes interventions, a été transféré à Sainte-Anne. Le généreux vengeur, devenu son protecteur, lui fait de fréquentes visites et l'hypnotise à son tour. Bref, quelques mois plus tard, les journaux annoncent l'assassinat, dans un hôtel élégant, de L. Chassin, frappé par une femme restée inconnue, de la même façon et dans les mêmes mystérieuses circonstances que M. de Givray, le premier mari de la nouvelle veuve. Est-ce la peine du talion?

Ces lettres dénonciatrices, écrites sous l'empire de la suggestion, ce constat d'adultère obtenu par le même moyen, nous reposent un peu de la Cour d'assises.

Citons, maintenant, le passage où M. Duruy dans son *Garde du corps* fait intervenir l'hypnotisme comme élément accessoire et nous connaîtrons les faces principales sous lesquelles le sujet a été présenté. Ensuite, nous pourrons conclure.

Un homme de mérite, esprit distingué, curieux de science, a donné son nom et sa fortune à une étrangère qu'il tirait ainsi non seulement de la misère, mais encore d'une situation louche. Il espérait que la reconnaissance, à défaut de l'amour, lui attacherait le cœur de sa femme. Mais il est rongé par le doute et comme, depuis longtemps, il assiste aux leçons et expériences de Charcot, il met à profit, servi par les circonstances, les enseignements du maître. — « Regardez-moi bien dans les yeux, dit-il à sa femme, « en lui prenant les mains après une courte conversation où il laisse voir ses soupçons « jaloux, et jurez-moi que vous n'en n'aimez pas un autre. Elle rassembla ce qui lui « restait de forces pour lutter contre ce trouble physique qui l'envahissait. — « Je...

peut être occasionnés par de nombreuses heures passées dans un jardin par les températures abaissées de la fin de septembre.

Au retour, qui eut lieu au mois d'octobre, la menstruation se rétablit et est restée régulière depuis cette époque. Mais l'électricité était toujours laissée de côté. Il fallut toute notre insistance, toute l'autorité que M. Joffroy et moi pouvions avoir sur la malade pour la décider à en reprendre l'usage. Depuis lors jusqu'à aujourd'hui, elle a toujours été mise en œuvre avec quelques rares interruptions.

Pour produire la contraction des muscles atrophiés, on faisait des inversions du courant produit par un certain nombre des éléments de l'appareil mentionné précédemment, 42 pour les membres inférieurs et 32 pour les membres supérieurs. Elles ont été abandonnées depuis longtemps pour ceux-ci qui ont recouvré l'intégrité de leurs fonctions.

Jusqu'au mois de décembre, les progrès vers la guérison étaient formels, mais lents.

Mme X.. commençait à pouvoir lever ses jambes de manière à les placer sur une chaise basse placée devant elle. A cette époque fut ajouté, au traitement électrique, un enveloppement méthodique, quotidien, dans le drap mouillé qui a été continué jusqu'aujourd'hui. Sous l'influence de cette pratique hydrothérapique, dont les débuts ont été marqués par le retour des fourmillements qui inquiétaient la malade, parce qu'ils lui rappelaient les premières étapes de sa paralysie, mais que nous considérions comme l'indice du travail de réparation qui se faisait dans le système nerveux, l'amélioration a été plus rapide. Au printemps, Mme X... pouvait faire quelques pas en s'aidant d'une corde tendue le long d'un corridor de son appartement.

Un peu plus tard, il lui était possible d'aller de sa salle à manger à sa chambre à coucher soutenue par la taille ou bien appuyée sur deux cannes ou sur un bras et une canne. Seulement l'extrémité des pieds restait traînante en raison de la faiblesse plus persistante dans les muscles antérieurs de la jambe que dans ceux des autres régions.

---

« vous... le jure », dit-elle d'une voix faible et bégayante, sans détourner son regard « d'un point lumineux qu'elle fixait obstinément depuis une minute, au centre de la « prunelle de Macpherson, et soudain ses pupilles éclatèrent, ses yeux s'ouvrirent démesurément, etc... »

Pensant tout à coup qu'il pouvait en cet état lui arracher son secret : « Clorinde, aimez-« vous votre mari? Parlez, je le veux. » — Elle répondit d'une voix sourde et sans timbre : « Non, je le hais. » — « Aimez-vous un autre homme? » — « Oui ». — « Cet « homme est-il votre... »

Mais une voix du dehors appelle la somnambule, que le mari se hâte de réveiller.

Hum! voilà un réveil bien intempestif. Quel mari pousserait l'héroïsme jusqu'à interrompre un pareil entretien, surtout quand il sait la somnambule étrangère à tout ce qui n'est pas lui? — Oui, mais si le mari en apprend trop, le roman est fini.

De plus, il nous faut le faire remarquer ici, il est tout à fait exceptionnel qu'une femme endormie ainsi à l'improviste, pour la première fois, avoue avec cette facile brutalité à son mari qu'elle le hait.

Les doctrines médicales ont, il y a déjà plusieurs années, envahi le roman.

Les jeunes auteurs mettant à profit leurs études sur les plus intéressantes questions de physiologie et de pathologie mentale, responsabilité, hérédité, ont, dans ces derniers temps, créé tous leurs personnages d'après les données scientifiques. Sur plusieurs points même, l'hérédité surtout, la mesure a été dépassée. Actuellement, le moindre personnage ne peut plus entrer en scène sans être accompagné de son dossier héréditaire qui

Nous constations, M. Joffroy et moi, cet état satisfaisant au milieu du mois de juin de cette année, Mais il y avait alors un œdème assez considérable des pieds et de la partie inférieure des jambes. Comme il n'existait ni affection du cœur, ni albuminurie, nous nous sommes crus autorisés à le considérer comme un œdème nerveux, lié à un trouble d'innervation vaso-motrice. L'événement a justifié cette manière de voir; cet œdème a disparu sous l'influence de la marche.

Les mois d'août et de septembre ont été passés à la campagne. L'action de l'air, les longs séjours dans les bois ont encore accéléré l'amélioration. M^me^ X... pouvait marcher pendant une demi-heure avec l'aide d'un bras ou d'une canne.

Aujourd'hui la guérison peut être considérée comme assurée. M^me^ X... peut circuler dans son appartement en posant sa main sur un mur ou sur un objet quelconque. Elle pourrait même marcher sans aucun appui, si la crainte du vide ne ralentissait l'essor de son complet rétablissement. Elle ne traîne même plus l'extrémité de ses pieds, tout en conservant dans sa démarche quelque chose de parétique.

Les facultés intellectuelles ont récupéré leur intégrité. La mémoire est revenue. M^me^ X... a retrouvé l'originalité de son esprit. La pelade qui avait fait momentanément un retour offensif, a disparu. A une maigreur presque squelettique a succédé un embonpoint peut-être uu peu prédominant.

Une récente exploration de la contractilité électrique nous a montré que si elle est maintenant normale aux membres supérieurs, il n'en est pas tout à fait de même aux membres inférieurs où la contractilité faradique dans des muscles qui obéissent parfaitement à la volonté est encore diminuée.

Quelle interprétation doit-on donner à cette paralysie absolue survenue dans de si curieuses circonstances, quelle est sa nature? On a parlé de paralysies dues à l'urémie. Outre que la paralysie est une des formes les plus rares, les plus discutables de l'urémie, il n'en peut être question dans

---

seul nous rend intelligibles son caractère et son évolution dans le drame. Il n'est donc pas étonnant que la plus intéressante des questions cérébrales, celle des états somnambuliques, qui jette tant de trouble sur l'idée qu'on se faisait de la personnalité, ait été étudiée avec la même avidité et que les romanciers qui ont traité de l'hypnotisme, l'aient fait avec autant de compétence et d'exactitude scientifiques. De ce côté, il n'y a rien à reprendre. Je ne parle ici que des œuvres sérieuses et non de certains livres, comme la *Femme endormie* et consorts.

Maintenant la nouvelle mine est-elle riche? Fournira-t-elle les mille situations toujours nouvelles et passionnantes que nous donnent l'adultère, le divorce, etc.... Nous l'avons dit au début : ce n'est pas notre avis. Nous n'avons devant nous qu'un mince filon déjà épuisé.

D'abord, le sujet me semble défendu à toute une école de romanciers; celle qui fait du roman la photographie des scènes de la vie de tous les jours. Car, il ne faut pas l'oublier, la suggestion, comme mobile d'action, n'est pas encore manifestement entrée dans le domaine des faits. Elle ne repose encore que sur des expériences de savants et reste jusqu'ici confinée à l'hôpital.

De plus, la matière ne prête pas. Claretie, malgré sa facilité, sa fécondité bien connue, n'a pu tirer de *Jean Mornas* qu'un demi-volume. Belot a fait un volume. à la vérité, mais toutes ses scènes intéressantes, vraies et vraisemblables, prise chacune en particulier isolément, donnent, par leur succession à la lecture de suite, la sensation qu'on n'est pas

ce cas où l'urine n'a jamais, au plus fort de la maladie, présenté d'une manière très transitoire que des traces d'albumine (25 centig. mesurés à l'albuminimètre d'Esbach). Et puis l'urémie n'entraîne pas des amyotrophies semblables à celles que nous avons décrites.

Les paralysies hystériques sont peut-être des moins rares pendant la grossesse ou après l'acouchement. Je n'exciperai pas, pour rejeter la nature hystérique de ces accidents, de l'état de la contractilité électrique. Je sais qu'il est variable dans les paralysies hystériques. Mais, chez une femme qui ne présente pas de stigmates hystériques, chez laquelle la sensibilité, dans ses différents modes, a toujours été conservée, chez laquelle, si on veut me permettre cette expression, le système musculaire a subi une telle fonte, on ne peut admettre cette hypothèse. La supposition d'une paralysie réflexe liée à l'état de souffrance consciente ou inconsciente de l'utérus, qu'on a rangée également dans les paralysies puerpérales, n'est pas compatible avec une altération aussi profonde et aussi persistante des muscles.

Il ne peut être question non plus d'une de ces pseudo-paralysies engendrées par la compression dans le bassin des gros troncs nerveux par des péri-métrites de localisations diverses. Nous avons dit que les culs-de-sac vaginaux étaient restés libres, et d'ailleurs les membres supérieurs ont été frappés aussi bien que les inférieurs.

Nous restons donc, par exclusion, en face de la double hypothèse d'une névrite parenchymateuse généralisée, ou d'une myélite. Je n'ignore pas quelles difficultés existent pour le diagnostic entre les névrites de cet ordre et les myélites, difficultés qui ne sont parfois résolues que par l'anatomie pathologique.

Si myélites et névrites peuvent également relever de maladies infectieuses, les névrites reconnaissent peut-être encore plus souvent cette origine. Ainsi, plusieurs des observations sur lesquelles M. Joffroy a basé son mémoire avaient été prises sur des malades qui ont succombé, dans mon service, à la variole ou à la tuberculose, maladies essentiellement infectieuses. Il est possible que l'état de puerpéralité ait favorisé une

---

dans la vie réelle. C'est trop d'hypnotisme en une fois ; on se sent mal à l'aise, dans l'imaginaire, dans l'artificiel.

Enfin, il est une autre grande difficulté inhérente au sujet. L'hypnotisme appartient au roman judiciaire, et justement son cas n'est pas fixé par la jurisprudence. Aussi, les auteurs ont-ils forcément recours à des échappatoires. Le drame tourne court et finit brusquement, traître ou vengeur se faisant justice lui-même.

Quant à l'hypnotisme comme élément épisodique, je ne le comprends guère. C'est là un facteur trop important pour être relégué au second plan. Si l'héroïne du *Garde du corps*, par exemple, ne se prête pas à la suggestion, à quoi bon en parler? Si elle y répond, prenez-garde! le mari va tout savoir rapidement et trop tôt. Dès lors, il n'y a plus de roman. Ou bien, si vous cherchez une vengeance par l'hypnotisme, voilà le *deus ex machina* qui prend possession de la scène entière. Et il n'est pas facile à manier, le dieu! Son omnipotence même a pulvérisé et pulvérisera peut-être encore bien des drames.

Reste la charge. Il est évident qu'on peut tirer quelques effets comiques d'une ou d'un hypnotisé qu'on a oublié de réveiller, mais ils s'épuisent vite. (Duruy : *Oh Mesdames! etc.*) Il ne serait pas non plus étonnant que, dans l'une des prochaines revues de fin d'année, ce soit un personnage en état de somnambulisme, qui revoie à travers son rêve, comiquement déformés ou grossis, les événements dont l'auteur veut rappeler au public le gai souvenir. Et puis, c'est tout : exception faite naturellement pour le génie qui peut toujours créer quelque chose de rien.

infection dont la source nous a échappé. En outre, il existait une de ces profondes déchéances organiques qui représentent une porte largement ouverte aux dystrophies, et, là encore, il serait possible de trouver l'étiologie de la névrite.

On pourrait peut-être aussi discuter l'hypothèse d'une inflammation de la moelle, d'une myélite atteignant les cornes antérieures dont les cellules président à la nutrition du système musculaire. Nous croyons qu'il serait téméraire de rien affirmer en l'absence de toute constatation anatomique.

En terminant, nous insisterons sur les résultats thérapeutiques remarquables obtenus au moyen de l'électricité et de l'hydrothérapie.

Nous avons réuni nos connaissances bibliographiques, et nous n'avons trouvé, ni dans nos souvenirs, ni dans nos lectures, aucune observation d'amyotrophie généralisée aux quatre membres survenue dans des conditions semblables à celles où nous avons observé. Non pas que la névrite puerpérale n'ait encore été signalée, mais, dans les quelques observations publiées par Kast et Möbius, il ne s'agit que de cas légers, atteignant seulement quelques groupes musculaires des membres supérieurs, une fois seulement des membres inférieurs; n'ayant jamais mis la vie en danger, n'ayant jamais revêtu aucun caractère grave, et enfin s'étant toujours développés quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement. Dans notre fait, au contraire, l'atrophie musculaire survient pendant la grossesse, elle a une marche suraiguë, se généralise rapidement et prend la forme la plus grave. C'est pour cela que nous disions en commençant que la rareté de ce cas nous semblait mériter qu'il fût soumis à l'Académie.

*Indications bibliographiques.*

M. Joffroy : *De la névrite parenchymateuse spontanée. (Archives de physiologie,* 1879.) — Möbius : *Neuritis puerperalis. (Münchener med. Woch.,* n° 9, 1887, page 153.) — Kast : *Ueber primære degenerative Neuritis. (Deutsches Archiv.,* 1886.)

---

Telles sont les raisons grâce auxquelles j'incline à croire que romans ou pièces de théâtre ayant pour sujet l'hypnotisme se feront maintenant de plus en plus rares, jusqu'à ce qu'une nouvelle découverte en pathologie cérébrale, ou un vrai crime faisant entrer l'hypnotisme dans le domaine de la réalité, appelle de nouveau, sur ce point, l'attention du public. D^r Ch. Schmit.

*P. S.* — *La Tresse blonde,* roman de Gilbert-Augustin Thierry, a paru au moment où ces lignes étaient sous presse. Nous en aurions certainement parlé ici. Mais l'œuvre est si étrange, si originale, qu'elle pourrait faire, je pense, le sujet d'un de nos prochains feuilletons.

---

Potion antidiarrhéique. — Dujardin-Beaumetz.

| | |
|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth | 10 grammes. |
| Laudanum de Sydenham | 10 gouttes. |
| Hydrolat de menthe | 20 grammes. |
| Hydrolat de tilleul | 60 — |
| Sirop de ratanhia | 30 — |

F. s. a. une potion à donner par cuillerées à bouche de demi en demi-heure pour arrêter la diarrhée. — Diète, eau albumineuse pour boisson, lavements amidonnés. — N. G.

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 janvier 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Traitement des fractures de la rotule. — De la ventro-fixation. — Kystes dermoïdes de la fente intermaxillaire

M. Lucas-Championnière présente un malade atteint de fracture de la rotule le 28 novembre dernier. Le 30, le chirurgien ouvrit le genou, constata l'existence de trois fragments, deux supérieurs, un inférieur, et fit la suture. La fracture était de cause directe et s'accompagnait d'une infiltration sanguine considérable. Le malade s'est levé dès la sixième semaine. M. Lucas-Championnière a traité, cette année, deux autres cas par la suture. D'une manière générale, le résultat est d'autant meilleur que l'on est intervenu à une époque plus rapprochée de l'accident.

M. Kirmisson a employé la suture dans une fracture datant de trois mois; trois applications des griffes de Malgaigne avaient échoué.

M. Berger pense qu'on ne peut pas juger de la valeur de la suture lorsqu'il s'agit de fractures par cause directe qui guérissent très bien sans écartement par les appareils. Il y a souvent alors conservation des faisceaux fibreux.

M. Després rappelle qu'il y a trois ans, il a présenté deux malades traités par un appareil ordinaire et qui avaient guéri rapidement. On avait mis en doute la nature osseuse du cal; un des blessés étant mort d'une affection intercurrente, il a pu montrer la consolidation osseuse à la Société.

M. Lucas-Championnière ne croit pas que la conservation de trousseaux fibreux soit constante dans les fractures de la rotule par cause directe. Dans le cas dont il a parlé, un épanchement considérable écartait les fragments.

— M. Polaillon, regardant les revers comme aussi instructifs que les succès, communique l'observation d'une femme de 50 ans atteinte depuis l'âge de 20 ans d'un prolapsus de l'utérus paraissant s'être développé à la suite d'une grossesse. Le prolapsus n'était douloureux que depuis deux ans et la ménopause était survenue depuis huit mois. A l'examen, on trouva un prolapsus complet que les pessaires ne pouvaient maintenir réduit et qui était accompagné de cystocèle vaginale. Le col était petit, non ulcéré et la cavité utérine de grandeur normale.

On pouvait choisir entre deux opérations : l'ablation et la ventro-fixation; M. Polaillon se décida pour cette dernière, qui fut pratiquée le 22 décembre 1888. La chloroformisation fut difficile. Toutes les précautions antiseptiques étant prises, l'utérus fut refoulé à l'aide d'un spéculum plein et, malgré cela, difficile à attirer à l'angle inférieur de la plaie. Il fut alors embroché par une aiguille d'Emmet, et le chirurgien passa au fond un fil de catgut double, et au-dessous, dans la paroi antérieure, deux autres fils simples; chacun des fils fut fixé à la paroi abdominale et la plaie réunie par des sutures profondes et superficielles. Le toucher vaginal montra que l'utérus était bien fixé.

Les jours suivants, des douleurs vives, des vomissements apparurent, et, bien que la température n'ait jamais atteint 38°, la malade succomba à une péritonite évidente le 28 décembre.

A l'autopsie, on constata que la plaie abdominale n'était pas réunie; à sa partie profonde se trouvait une masse inflammatoire et on ne trouva pas trace des fils. L'utérus n'avait plus de rapports avec la partie antérieure de l'abdomen, et il n'existait que quelques tractus longs et grêles. Le péritoine était enflammé dans sa totalité.

On ne peut guère tirer des conclusions d'un seul fait; cependant il semble préférable à M. Polaillon de ne pas employer de fil de catgut, mais des fils de soie ou d'argent pour faire la ventro-fixation. L'opération est très difficile si la femme est grosse et la paroi abdominale épaisse. Il n'y a rien à craindre pour la vessie.

M. Terrier ne peut pas accepter ces conclusions à la suite d'un seul insuccès. Dans cinq opérations, il a employé le catgut avec succès et les utérus tiennent. Il ne peut conseiller l'emploi des fils d'argent.

Dans l'observation de M. Polaillon, c'est la péritonite septique qui explique l'absence de fixation de l'utérus. Cette péritonite est survenue par suite d'une faute quelconque dans l'antisepsie. La malade a eu des vomissements répétés, il n'y a donc rien d'extraordinaire à ce que les fils n'aient pas tenu.

Dernièrement il a opéré un prolapsus utérin compliqué de pyo-salpingite; l'opération a été très difficile, mais a réussi; il avait cependant employé le catgut.

M. Pozzi ne partage pas l'enthousiasme de M. Terrier pour le catgut. Dans un cas, Olshausen a constaté l'échec du catgut; il a dit ensuite qu'il reviendrait aux fils de soie. Si l'on tient à ce moyen de fixation, il faudra employer en même temps un fil de soie. En fait, toutes les fois qu'une suture doit supporter un poids assez considérable, il faut que le fil puisse tenir au delà de huit à dix jours.

Pour M. Lucas-Championnière, on ne peut tirer de conclusions d'un seul insuccès. Le catgut qu'a employé M. Polaillon s'est résorbé, surtout parce qu'une péritonite septique s'est développée. Personnellement, il a fait deux fois l'opération, et l'utérus est resté en place dans les deux cas.

M. Terrillon constate qu'on a de très grandes difficultés à se procurer de bon catgut. Il a déjà préconisé le procédé de Reverdin (de Genève), procédé qui consiste à soumettre le fil à une température de 140 à 150°, et à le mettre ensuite dans un liquide antiseptique.

M. Terrier fait remarquer que, autant qu'il peut se le rappeler, Olshausen, dans ce fait qu'a cité M. Pozzi, n'avait placé qu'un seul point de suture de chaque côté de l'utérus au niveau des angles. Pour sa part, il emploie le procédé de Léopold qui est meilleur.

M. Trélat croit que, si tout évolue normalement après l'opération, il importe peu que la suture soit faite avec des fils de catgut ou de soie parce que les adhérences s'organisent rapidement. L'insuccès de M. Polaillon vient à l'appui de l'opinion qu'il a émise dans la dernière séance, à savoir que l'hystéropexie a des indications formelles, et qu'il ne faut pas la pratiquer dans des cas quelconques.

M. Polaillon insiste sur ce point qu'on ne peut pas reprocher à son catgut d'avoir été septique, M. Lucas-Championnière a dit que, dans ce cas, il ne se résorbait pas, tandis que le sien s'est résorbé trop vite. Pendant son opération, il avait pris les précautions habituelles. Il estime beaucoup le catgut, mais, à moins d'en avoir un non résorbable il emploiera désormais les fils de soie ou d'argent pour la ventro-fixation.

— M. Routier fait un rapport sur une observation de M. le docteur Gaillard, qui avait traité un abcès froid chez un enfant par l'injection de 110 grammes d'éther iodoformé au 1/20e. Au moment de l'opération, il survint un collapsus dont il fut difficile de tirer le petit malade. Il est probable que M. Gailiard avait dépassé la dose convenable.

— M. Lannelongue fait une communication sur les kystes de l'espace inter-maxillaire. C'est là un petit point de pathologie assez peu exploré et il n'a trouvé qu'une seule observation dans ses recherches bibliographiques. Ces kystes, qui se trouvent situés sur une ligne allant de la commissure buccale à la partie moyenne de l'oreille, sont beaucoup plus rares sur la fente supérieure. La raison en est qu'inférieurement les os ne se réunissent pas. De plus, les cas que l'on peut rencontrer passent généralement inaperçus.

C'est le professeur Verneuil qui a publié la première observation. Il s'agissait d'une dame de 24 ans, qui présentait au-dessous de l'arcade sygmatique une petite tumeur faisant saillie à l'extérieur et dans la cavité buccale. M. Verneuil crut à un abcès symptomatique d'une lésion osseuse et incisa. Il s'établit alors une fistule d'où, après deux mois, sortit une mèche de cheveux. L'extirpation permit de constater que la cavité kystique se prolongeait au loin entre la face externe du maxillaire supérieur et la branche montante du maxillaire inférieur. La guérison fut complète. Il y avait de petits kystes secondaires très nombreux, translucides, à parois revêtues d'épithélium pavimenteux et remplis de liquide muqueux.

M. Lannelongue appelle ces petits kystes, kystes mucoïdes; l'inclusion qui leur a

donné naissance a porté sur le point de la fente où la peau et la muqueuse sont en continuité directe. Il a observé personnellement deux faits de ces kystes dermoïdes, l'un chez un homme de 29 ans qui porte sa petite tumeur depuis la naissance, l'autre chez une jeune fille de 18 ans.

En géné al ces kystes n'apparaissent qu'assez tard.

M. Quénu s'élève contre le terme de mucoïde employé par M. Lannelongue. Histologiquement, ce terme indique des tumeurs avec cellules épithéliales à mucus.

M. Trélat a vu deux fois des tumeurs analogues à celles qu'a décrites M. Lannelongue.

M. Peyrot propose de rapprocher ces kystes de ceux qu'a décrits Robin il y a déjà longtemps.

M. Lannelongue reconnaît la confusion qui résulte de l'emploi du terme mucoïde. Il ne croit pas que l'on ait décrit ces kystes avant lui.

## COURRIER

École du Val-de-Grace. — *Personnel enseignant du 1er janvier au 1er novembre.* — Médecins stagiaires : Chefs de service des cliniques : MM. Kelsch et Laveran, clinique médicale ; Delorme, clinique chirurgicale ; Chauvel, clinique ophthalmologique ; Vautrin et Nimier, clinique des maladies vénériennes et cutanées.

Chargés des cours : MM. Delorme, chirurgie d'armée ; Kelsch, maladies et épidémies des armées ; Du Cazal, législation, administration et service de santé militaires ; Chauvel, optométrie, ophthalmoscopie, otoscopie, laryngoscopie ; Burcker, chimie appliquée aux expertises de l'armée et toxicologie ; Chauvel, anatomie chirurgicale, opérations et appareils ; Laveran, hygiène et médecine légale militaires.

Travaux pratiques, conférences et répétitions : MM. Duponchel et Antony, clinique médicale ; Moty, clinique chirurgicale ; Vaillard, anatomie pathologique, histologie et microbie ; Vautrin et Nimier, ophthalmoscopie, otoscospie, laryngoscopie ; Duponchel, médecine légale, législation, administration et service de santé militaire ; Antony, maladies et épidémies des armées ; Burlureaux, hygiène militaire ; Vautrin, anatomie chirurgicale ; Moty, petite chirurgie, pansements, appareils ; Nimier, opérations chirurgicales ; Moty, blessures de guerre, exercices d'ambulance ; Gessard, expertises chimiques.

Pharmaciens stagiaires : Enseignement : MM. Burcker, chimie appliquée aux expertises de l'armée, toxicologie ; Gessard, analyses chimiques, pharmacie militaire et comptabilité, matière médicale ; Laveran, hygiène et médecine légale militaires ; Du Cazal, législation, administration et service de santé militaires ; Vaillard, microbie.

**Postes médicaux.** — Un médecin, docteur de 1879, ancien interne des hôpitaux, et exerçant dans le département du Puy-de-Dôme, désire trouver un poste médical non loin de Paris.

Il ferait volontiers un remplacement médical, en attendant une situation définitive.

S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.



*Le Gérant :* Gd RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Profr A. FOURNIER.

### De la syphilis par conception.

Le professeur Fournier, dont l'enseignement est toujours aussi clair qu'utile, vient d'aborder, dans ses leçons cliniques du vendredi, cette importante question de la *syphilis par conception* : c'est là un mode de contamination par la syphilis qui présente un intérêt pratique d'autant plus grand qu'il en découle des précautions prophylactiques importantes.

Ce sont surtout les jeunes femmes récemment mariées qui paient de cette manière leur tribut à la vérole. Voici comment se passent habituellement les choses : une jeune fille, pure et saine, se marie avec un homme ayant eu autrefois une syphilis incomplètement traitée. Elle devient enceinte, puis ne tarde pas à présenter des accidents manifestes de syphilis (roséole spécifique, plaques muqueuses, maux de tête, alopécie, etc.). Le médecin consulté recherche de suite l'accident initial, le *chancre;* malgré un examen minutieux et complet, il ne le trouve pas. Non seulement le chancre ne peut être découvert, mais son compagnon habituel, son témoin posthume, le *bubon,* n'existe pas. Il n'y a même pas de vestige d'adénopathie syphilitique.

Malgré ces faits insolites, il n'y a pas de doute possible : la femme est manifestement syphilitique. Le médecin s'étonne de ne pas trouver le chancre, mais compte bien trouver chez le mari la lésion qui a causé l'infection. Nouvelle surprise : l'examen du mari ne révèle aucune manifestation spécifique récente; le mari, averti du danger d'une contamination possible, affirme, jure que, depuis son mariage, il s'est observé attentivement et qu'il n'a jamais aperçu la moindre rougeur ni la moindre érosion. L'examen complet du sujet est négatif.

Ainsi, voilà une femme qui a pris la syphilis au contact d'un homme n'ayant présentement aucun symptôme capable de donner la vérole : c'est une dérogation complète aux lois usuelles de la vérole. Si ces faits étaient exceptionnels, on pourrait les révoquer en doute; mais on les rencontre assez fréquemment, non pas à l'hôpital, mais dans la clientèle de la ville où les malades s'observent mieux et peuvent être plus facilement suivis.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un tel cas et qu'on interroge la femme, on apprend qu'elle est enceinte, qu'elle a été enceinte ou qu'elle vient d'avorter; il est alors légitime de supposer qu'elle a été infectée par son

fœtus. Cette supposition est d'autant plus fondée que l'enfant naît syphilitique. Or, dans des cas de ce genre, le sort de l'enfant est lamentable : sur 22 faits de syphilis par conception recueillies par Diday, 15 fois la grossesse a été interrompue par un avortement, 7 fois le fœtus est né à terme ou près du terme, est venu mort ou n'a pas tardé à succomber avec des manifestations syphilitiques. Ces chiffres sont confirmés par la statistique du professeur Fournier.

La syphilis de l'enfant est donc constante; comme celle de la mère, c'est une syphilis anormale, une syphilis *décapitée*, sans période primaire. La femme ne la doit ni au mari, ni à un autre homme; on conçoit que, chez elle, la contamination ait eu lieu par le contact intime pendant plusieurs semaines avec un sujet syphilitique, le fœtus; rien d'étonnant à ce que la femme soit infectée par ce foyer de vérole qu'elle porte dans son sein.

Voyons maintenant si cette théorie de l'infection de la mère par le fœtus pendant la vie intra-utérine est en contradiction avec les recherches récentes sur le passage des microbes à travers le placenta; cherchons si cette théorie de la syphilis par choc en retour, de la transmission possible par le placenta n'est pas, au contraire, étayée par les données nouvelles de la science sur les maladies infectieuses.

Tout d'abord, on sait que nombre de maladies se transmettent de la mère à l'enfant par le placenta : telles sont la variole, la rougeole, la scarlatine. Parmi les maladies à microbes bien déterminés qui rentrent dans ce cadre, il faut citer la septicémie expérimentale aiguë, le choléra des poules.

On croyait, il y a quelques années, que le placenta constituait un filtre parfait qui tamisait les microbes pathogènes; il n'en est rien. Les expériences mémorables de Straus et Chamberland ont montré que le placenta laissait passer certains microbes; elles ont montré que la bactéridie charbonneuse pouvait être retrouvée dans le sang du fœtus. On admet donc que certaines maladies sont transmissibles de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du placenta.

La syphilis en a donné depuis longtemps la preuve clinique. Ainsi, une femme saine devient enceinte des œuvres d'un homme sain, indemne de syphilis. Au bout de quelques mois de grossesse, cette femme contracte la syphilis; l'enfant naît syphilitique. Il est bien certain alors que c'est par l'intermédiaire du placenta que le fœtus reçoit de sa mère la syphilis. On admet couramment ces phénomènes d'exosmose au niveau du placenta; pourquoi ne pas admettre le courant inverse et l'infection par endosmose? Si, par le placenta, la syphilis peut se transmettre de la mère au fœtus, pourquoi, inversement, la même infection ne se transmettrait-elle pas de l'enfant à la mère?

Il y a une raison de plus qui plaide en faveur de la possibilité de transmission de la syphilis du fœtus à la mère par la voie placentaire : c'est que la syphilis de la mère présente alors la même forme que la syphilis du fœtus qui doit la vérole à sa mère. Dans les deux cas, il s'agit d'une syphilis *décapitée* sans accident initial, sans période primaire, d'*une syphilis générale d'emblée*. Cette similitude de forme des deux syphilis confirme donc l'identité du mode d'introduction de l'agent virulent; la bactériologie et la pathologie expérimentale viennent encore appuyer ici cette théorie de la syphilis par conception. On sait, en effet, aujourd'hui que les effets des virus varient essentiellement; que ces virus donnent lieu à des symptômes très variables, suivant leurs modes de pénétration. Pour le charbon, par

exemple, si c'est par la peau qu'on l'inocule à un animal, il se développe un charbon véritable, terrible, mortel; si l'injection est faite dans le sang, on ne produit pas le charbon; on crée, au contraire, l'immunité, la vaccination charbonneuse. Ne résulte-t-il pas de ces expériences, qui jusqu'ici n'ont pas été contredites, que des effets semblables produits par un même virus dans des conditions différentes impliquent l'identité de pénétration? Lorsque le fœtus, en dehors de toute influence paternelle, contracte *in utero* la syphilis qui n'est survenue chez la mère que pendant le cours de la grossesse, il est infecté par le sang maternel qui vient dans le placenta: de même n'est-il pas logique de supposer que, lorsque la femme présente pendant la grossesse des accidents spécifiques sans chancre initial, n'est-il pas logique de supposer qu'elle doit cette syphilis à un mode de contamination spécial, qu'il s'agit, en un mot, de syphilis par contamination sanguine?

D'ailleurs l'infection de la mère par l'enfant s'impose par absence de toute autre cause qui puisse expliquer l'infection; du moment où on ne peut incriminer directement ni le mari, ni un autre facteur mâle, ni aucune contagion tégumentaire extérieure, n'est-il pas plus logique d'incriminer le fœtus, lui qui est syphilitique et qui presque toujours en mourra? N'est-ce pas là un excellent foyer d'infection que la femme porte en elle, dans sa chair, dans sa substance?

Ainsi, en se basant sur la clinique, sur la bactériologie et la physiologie pathologique, on doit admettre qu'il existe pour la femme un mode de contamination spéciale : *une femme saine, concevant un enfant syphilitique d'un homme syphilitique, peut être infectée par son enfant*. Ainsi peut être formulée cette variété de contamination syphilitique, dite *syphilis conceptionnelle*; c'est le professeur Diday qui lui a donné ce nom. Il en a été non seulement le parrain, mais pour ainsi dire le père; car c'est lui qui, le premier, a bien étudié et décrit cette entité morbide. Il n'y a plus aujourd'hui le moindre doute sur la réalité de ces faits, malgré les objections qui se sont produites.

La principale objection des auteurs qui nient la syphilis par conception, consiste à dire que ces faits ont été mal observés, que cette variété de contamination est une création de fantaisie, inventée faute de mieux; que c'est commettre une double erreur matérielle que d'admettre une syphilis sans période primaire, d'admettre que dans ces cas-là le mari est sain. Si l'on n'a pas trouvé de chancre, c'est qu'il a passé inaperçu; il était sans doute minime, petit, éphémère, fugitif, il siégeait peut-être dans une région insolite où il était difficilement accessible (chancre du vagin, du col), etc.; d'ailleurs ne sait-on pas que ces caractères du chancre se rencontrent fréquemment chez la femme, et qu'il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on méconnaisse l'accident initial?

D'autre part, lorsqu'on affirme que le mari ne présentait aucun accident contagieux au moment du coït fécondant, quelle preuve a-t-on de cette immunité du mari? Cet homme, en le supposant même de bonne foi, ne peut-il pas se tromper? Une lésion minime, insignifiante en apparence, n'a-t-elle pas pu échapper à son observation? A la rigueur même, en admettant que cet homme fût sain, pourquoi ne s'agirait-il pas d'une syphilis transmise par le sang, due à une érosion, une écorchure qui se serait produite de part et d'autre pendant le coït? La syphilis par conception n'existe pas; c'est une chimère.

Il est facile de répondre à ces objections. Si les cas de cet ordre ne se présentaient que de temps à autre, si c'étaient des faits isolés, on pourrait leur oppposer une fin de non recevoir, mais ces faits s'observent d'une façon commune, et le professeur Fournier en a recueilli personnellement plus de 50 observations authentiques; sans doute, de temps à autre, un chancre peut passer inaperçu; mais n'est-il pas illogique d'admettre que tous les auteurs qui ont rapporté de telles observations se sont trompés, ont commis une erreur d'observation? Pourquoi le chancre serait-il toujours méconnu, justement dans le cas où la femme est enceinte? Prétendre que ces observations sont mauvaises, se réfugier dans une telle fin de non recevoir, c'est dépasser les limites de la critique bienséante, c'est aller à l'encontre de la logique et du bon sens.

Quant à récuser le témoignage du mari, sans doute il faut être réservé dans l'appréciation de son dire; mais il ne faut cependant pas être trop incrédule, lorsqu'on se trouve en présence de sujets intelligents, de bonne foi, qui avouent avoir eu la syphilis, mais qui, prévenus des dangers possibles d'une contamination, s'observent anxieusement avant et après chaque coït? Ils sont souvent alors plutôt disposés à s'alarmer inutilement qu'à s'endormir dans une quiétude trompeuse. D'ailleurs, dans certaines observations, le mari était médecin; on ne peut guère, en vérité, mettre en doute de telles affirmations.

Enfin il existe, parmi les faits de syphilis par conception, des observations irréprochables qui défient toute critique. Tel le cas rapporté par M. Gailleton : une jeune fille de 16 ans, vierge, devient enceinte à la suite d'un seul et unique coït; le jeune homme — ravisseur de cette virginité — avait eu la syphilis six mois auparavant, mais depuis un mois ne présentait plus aucun accident. Effrayé des conséquences possibles, il vient, dès le lendemain, consulter M. Gailleton qui l'examine très complètement, ne découvre pas la moindre lésion spécifique et rassure l'imprudent. Mais la jeune fille, devenue enceinte, présente deux mois après de violents maux de tête, de la roséole, des plaques muqueuses, en un mot une syphilis nettement caractérisée sans trace de chancre. L'enfant présente des accidents spécifiques quinze jours après sa naissance. Est-il un exemple plus probant? Devant de tels faits, le doute n'est plus permis; et l'on peut dire que la syphilis par conception a pris droit de cité dans la science.

Quant au mécanisme suivant lequel l'infection se transmet du fœtus à la mère, c'est là un problème qui n'est pas encore résolu : l'infection est-elle transmise par l'ovule, alors que l'ovule est dans la trompe ou qu'il est déjà dans l'utérus? L'infection ne se fait-elle que plus tard par la voie placentaire sur l'ovule greffé dans la cavité utérine? Autant d'hypothèses qui ne sont actuellement que des hypothèses et qui ne pourraient qu'entraîner dans une discussion sans fin.

D^r G. Lepage.

---

**A propos de l'origine du tétanos.**

Note lue à la Société de médecine de Paris à la séance du 22 décembre 1888,

Par M. le docteur Deligny.

La discussion relative à l'origine du tétanos, qui a eu lieu à la Société de médecine (24 novembre), me rappelle un cas que j'ai eu l'occasion d'observer et qui présente quelque intérêt.

En 1880, je suis appelé chez un homme, un israélite, qui faisait le commerce des chiffons et des os. Cet homme, âgé de 38 ans, lorsque je le vis, avait les muscles des quatre membres en état de contraction permanente, et la tête était fortement rejetée en arrière.

Je m'informai des causes qui avaient pu produire le tétanos et de l'époque d'apparition des accidents. La femme du malade me raconta que, seize à dix-huit jours auparavant (elle ne put pas préciser), son mari, en marchant les pieds nus dans la chambre, s'était senti piqué à la plante du pied droit.

La piqûre fut assez profonde pour traverser la couche épidermique très calleuse du pied et léser assez profondément les tissus sous-jacents.

En recherchant la cause de cette blessure, il vit qu'elle avait été produite par un os pointu, qui avait roulé d'un tas d'os placé dans un coin de la chambre. Il lava sa blessure et ne s'en inquiéta pas autrement, continuant ses courses et se fatiguant à porter des sacs et des ballots de chiffons.

La plaie suppura un peu, fut un peu douloureuse, mais pas assez pour empêcher la marche, et, quand je la vis, elle était recouverte d'une petite croûte et en voie de cicatrisation.

C'est pendant l'avant-dernière nuit que commencèrent les symptômes du tétanos. Le malade accuse des crampes dans les jambes, puis une contraction permanente ; les membres inférieurs demi-fléchis ne peuvent être pliés.

Dans la journée qui suit, les deux bras se prennent également et la tête s'infléchit. Enfin, dans la nuit qui suivit, il y eut deux crises, dont une avec syncope le matin, pour laquelle on me fait chercher.

Je prescris 8 grammes de chloral ; l'état reste le même pendant toute la journée et la nuit. Le malade se plaint de la sensation d'une barre épigastrique. Le soir, la respiration est gênée, les crises s'aggravent, la dyspnée augmente, et le malade meurt étouffé dans une crise.

Le malade n'a pas eu de fièvre; le thermomètre s'est maintenu à 37°5; mais, quelques heures avant la mort, la température a baissé à 36°6.

Il y a eu aussi deux vomissements de matières glaireuses et bilieuses, le premier dans la dernière nuit, et le second avant la dernière crise qui a déterminé la mort vers le milieu de cette nuit.

Ainsi, il s'est écoulé environ quatorze jours entre l'époque où la piqûre s'est faite et celle où les premiers accidents de tétanos se sont montrés.

S'il est vrai, comme le dit le docteur Guelpa, que les accidents tétaniques ne sont pas l'effet direct du ou des microbes, mais la conséquence de l'empoisonnement par les toxines sécrétées par eux, cet empoisonnement s'est effectué sans aucuns symptômes, car le malade n'a rien éprouvé de particulier, et avant la nuit où les accidents ont éclaté son état était comme d'habitude, et il a pu faire son commerce.

Il est probable que la fatigue à laquelle le blessé a dû se soumettre malgré sa blessure, pendant les quatorze jours qui ont précédé les accidents tétaniques, a contribué à accélérer la pullulation et le développement des microbes introduits par la blessure.

Je n'ai pas cru utile de cautériser la plaie du pied; cette cautérisation aurait été trop tardive.

Le malade a pris 16 grammes de chloral en quarante-huit heures; la chambre a été maintenue dans l'obscurité qui produisait un certain soulagement. Le chloral n'a paru exercer aucune action sur les symptômes.

## BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE. — *L'évolution de la propriété*, par Ch. LETOURNEAU, secrétaire général de la Société d'anthropologie, etc. Paris, 1889.

Ce livre est le huitième volume de la bibliothèque anthropologique. Comme tous ceux qui sortent de cette source, il représente un travail considérable et consciencieux. L'auteur, ainsi qu'il le dit lui-même, a suivi le développement du droit de propriété depuis ses débuts les plus lointains; il a même essayé, en étudiant les animaux, de remonter jusqu'aux origines biologiques du goût de la propriété, et montré que cet appétit se rattache au plus primordial des instincts, commun à l'homme et aux animaux supérieurs, à l'instinct de conservation. Il a donc étudié les diverses formes de la propriété depuis le régime de la horde anarchique jusqu'à la grande monarchie barbare, puis chez les races blanches berbère, sémitique, aryenne. Le livre se termine par un travail très sérieux sur le passé et l'avenir de la propriété, dont on peut discuter plusieurs propositions, mais qui présente un grand intérêt. En s'appuyant sur les faits nombreux qu'il a rassemblés et appréciés, et sur des statistiques très remarquables consignées dans son dernier chapitre, notre confrère admet que « si rien ne vient amender cet état de choses, tout au moins en enrayer le progrès, il est bien probable que la civilisation européenne aura la fin lamentable de toutes celles qui l'ont précédée et dont l'évolution n'a pas été arrêtée. Elle mourra de ses propres vices ou succombera sous la poussée des barbares du dehors ou du dedans. Mais ce résultat est-il fatal? Nullement. Les phénomènes sociaux n'ont en aucune façon, quoi qu'on en dise, la rigueur des phénomènes astronomiques. Il dépend de l'homme de les modifier dans une large mesure; les nations peuvent, elles-mêmes, faire leurs destinées !... » — G. R.

## REVUE DES JOURNAUX

**Le sulfure de calcium dans le traitement de la phthisie**, par le docteur WITHERLE. (*Revue de thér. méd. chir.*) — Le docteur Witherle a fait prendre à des phthisiques des pilules contenant chacune 3 centigrammes de sulfure de calcium, en commençant par une pilule toutes les deux heures et en rapprochant les prises jusqu'à ce que la médication donnât lieu à des éructations ou à d'autres manifestations désagréables. Habituellement, on réussit à faire supporter aux malades jusqu'à deux pilules par heure. Une amélioration très nette a été obtenue sur tous les sujets soumis à ce traitement qui, dans la pensée de l'auteur, doit avoir pour effet immédiat de faire passer dans le sang de l'hydrogène sulfuré à doses efficaces, mais inoffensives. — P. N.

**Emploi du Rhus aromaticus dans l'incontinence d'urine.** (*Archives médicales belges*, octobre 1888.) — Le docteur Burdenich (de Gand) a essayé le Rhus aromaticus sur 33 malades. Chez 11, il a obtenu un résultat excellent; chez 10, un résultat satisfaisant et, chez les 12 autres, un résultat peu important. Le bon effet du médicament ne se fait sentir que vers le cinquième ou sixième jour; quelquefois même on n'en obtient de bons résultats qu'au bout de trois ou quatre semaines.

D'après l'auteur, le médicament constituerait un tonique puissant, analogue à la noix vomique; chez un homme de 79 ans, atteint de paralysie incomplète de la vessie, sans rétrécissement de l'urèthre ni hypertrophie de la prostate, le Rhus aromaticus, à la dose de 2 gr. 50 par jour, a rendu les mictions faciles et avec un jet continu.

Le docteur Numa admet également qu'il excite les muscles lisses de la vessie, de l'utérus et de la partie inférieure du tube digestif; il le donne aux enfants de 2 à 6 ans, à la dose de 10 gouttes de la teinture; aux enfants plus âgés, 15 gouttes deux fois par jour; les effets toniques ne persisteraient pas, d'après lui.

Enfin, le docteur Hamon a vérifié aussi l'efficacité du Rhus aromaticus en adminis-

trant à des enfants 20 à 60 gouttes de la teinture, le soir au moment du coucher; il a réussi à les empêcher d'uriner au lit. — P. N.

**Le sel dans les affections nerveuses de l'estomac.** (Le *Courrier médical.*) — Dernièrement, Botrom recommandait le sel de cuisine dans la migraine et Nothnagel le prescrivait dans l'épilepsie; l'un et l'autre sont d'accord sur l'action réflexe de cette substance sur les centres nerveux. M. Cerné estime que son efficacité dans la première de ces affections résulte d'une modification favorable de la richesse du suc gastrique en acide chlorhydrique. Il en a fait usage dans un cas de gastralgie et chez un migraineux, en augmentant sa quantité dans les aliments, et il a vu les phénomènes dyspeptiques et les douleurs stomacales disparaître. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 janvier 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. Cadoret intitulée : « Des composés chlorés de l'acide gallique comme antiseptiques et désinfectants » ;

2° Un mémoire de M. Carin, sur la fistule vésico-vaginale ;

3° Quatre ouvrages sur les maladies des yeux, par M. le docteur Yvert ;

4° Une étude de M. Deligny, sur le traitement des maladies de la peau par les eaux minérales ;

5° Un mémoire de M. F. de P. Campa, sur l'antisepsie préventive dans les accouchements normaux.

— M. Charles Henry, bibliothécaire à la Sorbonne, lit un mémoire *sur trois instruments permettant de diagnostiquer le caractère normal des réactions mentales et des graphiques physiologiques.*

On sait que sous l'influence de la fatigue et d'états pathogènes plus ou moins inconscients l'appréciation et le goût se pervertissent plus ou moins. En partant d'un fait psycho-physiologique très général, l'auteur parvient à déduire mathématiquement les relations numériques normales entre certaines illusions d'optique et à calculer les intervalles des complémentaires chromatiques, les harmonies de formes, de couleurs et de sons. Ces relations une fois réalisées pratiquement par un *cercle chromatique,* un *rapporteur et un triple-décimètre esthétiques,* l'auteur peut préciser dans quelle mesure les appréciations et les préférences d'un sujet s'écartent de ces types définis dans le domaine des sensations de forme et de couleur ; il peut étudier ainsi les modifications subjectives et savoir le sens et la quantité des excitants à employer pour ramener le sujet à l'état normal.

M. Henry annonce la construction prochaine d'instruments analogues pour les sensations de pression, de température et qui sont appelés à produire des modifications physiologiques plus énergiques. Il termine sa communication par une application curieuse du *rapporteur esthétique* à l'étude de la forme des graphiques des tensions artérielles dans une endopéricardite. Il choisit sur chacun de ces graphiques la phase la plus caractéristique entre deux points d'ascension de la courbe; il détermine le rythme et la mesure de chacun de ces éléments et confirmant par des nombres les diagnostics du médecin, il suit mathématiquement le retour progressif du malade à la santé.

— M. Dujardin-Beaumetz présente un appareil de M. Belin pour l'éclairage des cavités naturelles.

— M. Budin est élu, par 67 voix, membre de l'Académie dans la section d'accouchements, contre 10 voix à M. Pinard et 1 bulletin blanc.

— M. Bucquoy se maintiendra dans l'étude du strophautus. Il regrette que M. Sée

n'ait pas cherché à établir par des observations spéciales le peu de valeur du strophantus Il a fait le procès de toutes les plantes médicamenteuses qui contiennent des principes actifs, et M. Bucquoy partagerait son avis s'il ne s'agissait que d'expérimentation physiologique. Mais, véritablement, il se refuse à rayer de la matière médicale tant de médicaments si précieux et il n'accepte pas que l'on doive toujours prescrire les alcaloïdes de la belladone, de la digitale à la place des plantes elles-mêmes.

La digitaline n'a pas la même action que les préparations de digitale, et celle de Nativelle est un corps dangereux.

Physiologiquement la strophantine n'a pas la même action que le strophantus et ne remplit pas les indications de ce dernier dont elle n'explique pas toute l'action.

M. Bucquoy est loin d'avoir donné le strophantus à tort et à travers, mais dans les cas où il était indiqué de prescrire le médicament. Les indications et contre-indications ne sont pas encore absolument connues ; il a eu cependant, dans l'asystolie mitrale, 17 succès, ce mot était pris dans le sens d'amélioration, et 3 insuccès.

Il a lu attentivement le mémoire de Fraser et n'y a pas trouvé ce qu'a dit M. Sée; il doit encore rectifier un petit point et restituer à MM. Fauvel et Hérard l'étude du rétrécissement mitral.

Dans 3 cas d'angor, M. Bucquoy a eu des succès; 1 seul de ces cas était une angine « anatomique », les autres étaient de fausses angines.

M. Bucquoy croit qu'il ne faut pas prescrire le strophantus dans les néphrites aiguës, ni les altérations anciennes du rein.

Malgré tout, c'est un médicament précieux, ainsi qu'en témoignent de nouveaux tracés qu'il présente à l'Académie.

M. G. Sée croit que, pratiquement, on pourra employer la strophantine aussi facilement que, personnellement, il emploie la digitaline; jamais il ne prescrit la digitale.

La strophantine ne fait pas uriner, c'est vrai, mais le strophantus n'agit que parce qu'il est toxique pour le rein. De même, il ne régularise pas toujours le pouls, n'agit pas toujours sur la dyspnée. La convallamarine agit au moins aussi bien.

M. Fraser a parlé comme il l'a dit, et il maintient l'importance des recherches de Duroziez pour le rétrécissement mitral pur.

C'est M. Bucquoy lui-même qui a bien posé les signes qui permettent de distinguer les angines vraies des fausses.

M. Hérard ne croit pas que la digitaline puisse jamais être comparée à la digitale, surtout comme diurétique. Dans trois cas, le strophantus lui a donné une diurèse abondante.

M. Laborde pose les conclusions suivantes :

Le débat engagé à cette tribune, sur le strophantus et la strophantine, n'est pas et ne saurait rester limité à un simple sujet de thérapeutique appliquée.

Il soulève effectivement une question plus large et d'un intérêt plus élevé, une véritable question de principe en thérapeutique expérimentale, c'est-à-dire en thérapeutique rationnelle et scientifique, basée sur l'expérimentation physiologique et clinique.

Ce principe sur lequel je me propose d'insister particulièrement, avec des arguments plus topiques encore, si c'est possible, que ceux de M. G. Sée, peut être résumé dans les propositions suivantes :

1° Dans toute préparation médicamenteuse tirée du règne végétal, il existe une ou plusieurs substances actives par lesquelles s'exerce son action physiologique et thérapeutique;

2° Lorsque cette substance active (en supposant pour l'instant qu'il n'y en ait qu'une), a été isolée, déterminée et formulée chimiquement, auquel cas elle constitue le principe immédiat, c'est à celui-ci qu'il est rationnel de s'adresser, en vue de l'usage thérapeutique, après l'avoir soumis d'abord au contrôle expérimental et ensuite, et solidairement, au contrôle clinique;

3° En effet, tandis que le principe immédiat est toujours *un*, identique à lui-même, invariable dans sa constitution propre et son action, la matière totale qui le contient et qui peut, d'ailleurs, en renfermer plusieurs, est entièrement complexe et variable, tant

dans sa composition que dans ses effets, qui ne sont et ne peuvent être qu'une résultante d'actions multiples diverses, non définies et inconnues en elles-mêmes.

En un mot, dans un cas, c'est la détermination chimique et expérimentale, et par conséquent la connaissance scientifiquement acquise de l'instrument thérapeutique; dans l'autre, l'acceptation préalable et l'application préjudicielle de l'inconnu, avec les aléas et les dangers dans le domaine toxicologique. D'un côté, la science et le progrès, de l'autre l'empirisme aveugle et la routine. Pour exprimer cette vérité par un axiome emprunté à un grand maître et que j'ai placé comme exergue en tête de cette communication, je dirai, avec J.-B. Dumas, l'introduction du principe immédiat en thérapeutique, c'est la *formule substituée à la recette.*

# INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

## RESPONSABILITÉ DES CHIRURGIENS.

Nous reproduisons un jugement du tribunal de la Seine qui intéresse les chirurgiens, et dont voici les termes :

Un militaire retraité atteint d'une ankylose angulaire du genou, entre au Val-de-Grâce, où il reçoit les soins de M. Poncet. Ce dernier, dont la compétence est bien connue dans le monde chirurgical, après examen approfondi du blessé, lui conseille le redressement de sa jambe au moyen d'un appareil de Robin (de Lyon), fabriqué par M. Mathieu.

Les résultats fonctionnels de l'opération n'ayant pas répondu à l'attente du malade, ce dernier demandait 50,000 fr. de dommages-intérêts à M. Poncet.

Voici ceux des considérants du jugement qui intéressent notre profession :

« Attendu, en principe, que si les Tribunaux ont le droit incontestable d'examiner, dans les affaires qui leur sont soumises, si un médecin a commis une faute et une imprudence, ou s'il s'est écarté des règles de sa profession, il ne leur appartient pas de trancher la question d'ordre scientifique, d'appréciation et de pratique médicale ;

« Qu'ils ne sauraient davantage se prononcer sur l'opportunité d'une opération, sur la méthode préférable et sur le meilleur traitement à suivre ;

« Que les questions purement techniques échappent à leur compétence, et qu'ils doivent se borner à rechercher s'il y a eu, de la part de l'homme de l'art, imprudence, négligence, défaut de soins ou maladresse manifeste ;

« Que le Tribunal doit donc examiner si dans la cause actuelle, une faute de cette nature est imputable au défendeur ;

« Attendu que cette faute résulterait tout d'abord, suivant le demandeur, de ce que l'opération était inopportune et même contre-indiquée, à raison de l'état général démontré, et surtout de l'état local de la jambe ;

« Mais, attendu, d'une part, qu'il résulte des écritures du demandeur lui-même que c'est sur le conseil d'autres médecins et dans l'intention de subir cette opération qu'il s'est fait admettre au Val-de-Grâce ;

Que, d'autre part, c'est à la suite d'une période d'examen de près d'un mois, et après avoir appelé en outre deux confrères à visiter le malade, que Poncet s'est décidé à pratiquer l'opération ;

« Qu'il n'y a donc eu de sa part, ni hâte, ni légèreté et que ces circonstances suffisent à faire écarter sur ce point l'allégation d'imprudence ;

« Qu'il appartenait au médecin seul d'apprécier s'il était préférable de tenter l'opération ou de s'abstenir... ;

« Attendu que G. articule en second lieu que Poncet aurait encore commis une faute lourde en se servant pour l'opération d'un instrument nouveau dont il ignorait le mécanisme et dont il avait laissé le maniement au fabricant Mathieu qui était sans qualité pour faire une opération chirurgicale ;

« Mais attendu que cette allégation n'est appuyée d'aucun élément de preuve ;

« Que l'appareil dont il s'agit était inventé et employé depuis 1882 et qu'il n'était pas inconnu de Poncet, puisqu'il a eu précisément la pensée de l'employer dans cette circonstance ;

« Que le Tribunal qui ne peut apprécier le degré d'habileté ou de pratique d'un chirurgien peut encore moins se prononcer sur l'emploi de tel ou tel instrument ;

« Qu'en tout cas la présence du fabricant lui-même, assistant le chirurgien en qualité d'aide, loin de pouvoir être retenue comme un élément de faute à la charge de Poncet, était au contraire une circonstance favorable pour le succès de l'opération ;

... « Attendu que G... reproche en troisième lieu à Poncet d'avoir refusé, malgré ses sollicitations les plus pressantes, de vérifier et de relâcher l'appareil destiné à obtenir le redressement de la jambe et la réduction de la fracture ;

« Mais, attendu que cette articulation tendrait en réalité à imputer à faute à un médecin de n'avoir pas cédé aux sollicitations d'un malade ;

« Qu'il résulte de ce qui précède qu'elle n'est pas pertinente ;

« Par ces motifs G.. est débouté de sa demande et condamné aux frais.

---

## VARIÉTÉS

### LE CONSEIL SUPÉRIEUR DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE.

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique est de création récente; il a été installé par M. le président du conseil des ministres le 13 juin 1888. Quel en est le but? On le trouve dans l'article premier du décret d'institution ainsi libellé : « Il est institué, auprès du ministère de l'intérieur, un Conseil supérieur de l'assistance publique, chargé de l'étude et de l'examen de toutes les questions qui lui sont renvoyées par le ministre et qui intéressent l'organisation, le fonctionnement et le développement des différents modes et services d'assistance. »

Cette création, si l'on en juge par les dispositions législatives et réglementaires qui la dirigent, et surtout par son personnel, constitue une institution excellente et qui rendra certainement de grands services. Elle répond à la belle pensée émise en séance publique à la Constituante de 1789 par La Rochefoucauld-Liancourt : « Jusqu'ici l'assistance n'a été regardée que comme un bienfait; elle est un devoir, mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés par la société sont dirigés vers l'utilité générale... Si celui qui existe a le droit de dire à la société : Fais-moi vivre, la société a également le droit de lui dire : Donne-moi ton travail. »

Le Conseil supérieur de l'Assistance publie régulièrement des fascicules, déjà nombreux, très importants à consulter, qui, à part quelques discours et rapports pleins d'intérêt du ministre fondateur, de M. Pichon, député, de M. Henri-Ch. Monod, directeur de l'Assistance publique en France, sont principalement consacrés aux matières administratives et à la législation. Ainsi, dans les fascicules parus, on trouve la réglementation et les mesures législatives qui concernent les hôpitaux et hospices, les bureaux de bienfaisance, les enfants assistés, protégés, les aliénés, les crèches, les sociétés de charité maternelle, la médecine gratuite des campagnes, etc., etc.

Le fascicule 1 explique la constitution du Conseil : membres de droit et conseillers élus; et sa division en quatre sections. — Le fascicule 2 traite de l'inspection générale. « En écartant les bureaux de bienfaisance dont les revenus sont inférieurs à 2,000 francs (on ne dit pas pourquoi), bien qu'il ne faille pas sans doute les laisser en dehors de tout contrôle, il reste 3,992 établissements à inspecter, répartis entre cinq inspecteurs. » Un tableau annexé à ce fascicule indique par des colorations différentes les régions confiées aux différents inspecteurs. — Le fascicule 16 donne la séance d'ouverture.

Pour nous médecins, une chose est intéressante, c'est le degré d'importance accordé au corps médical dans le personnel du Conseil. Sous ce rapport, nous n'avons pas d'objections à faire. En effet, parmi les membres de droit, nous trouvons le directeur de l'Assistance publique, le doyen de la Faculté de médecine de Paris, le secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, etc.; et, parmi les conseillers élus, par ordre alphabétique, les

docteurs Bergeron, Blatin, Bourneville, Caubet, Cazelles, Chautemps, Didiot, Dreyfus-Brissac, Gailleton, Gestin, Gibert, Henrot, Labrousse, Lardier, Levieux, Magnan, Marjolin, Martin, Millard, Mireur, Rochard, Roussel, Thulié, Trélat; et, comme secrétaires-adjoints, Chevallereau et Pichon.

Avec un personnel médical de cette valeur, nous n'avons rien à craindre des décisions du Conseil en ce qui concerne les intérêts du corps médical, qui sont en réalité les mêmes que ceux des malades. — R.

## Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de janvier 1889.

Du 1er au 7 janvier. — Pas de thèses.

Mardi 8. — M. Moulonguet : Extirpation des tumeurs de la face par le morcellement. (Président, M. Bouchard.) — M. Simon : Contribution à l'étude de l'opération de Wladimiroff Mikulicz. (Président, M. Farabeuf.)

Mercredi 9. — Pas de thèses.

Jeudi 10. — M. Boukteief : Etude sur les néphrites syphilitiques précoces. (Président, M. G. Sée). — M. Chevillot : De la greffe dermo-épidermique par le procédé des Thiersch. (Président, M. Duplay).

Du 11 au 15. — Pas de thèses.

Mercredi 16. — M. Doucet : Septicémie intestino-péritonéale. (Président, M. Trélat). — M. Médail : Hypertrophie de la rate. Sa valeur diagnostique dans la tuberculose du premier âge. (Président, M. Potain).

Jeudi 17. — M. Catoir : Méthode de douceur dans la réduction des luxations de la hanche en arrière. (Président, M. Duplay). — M. Pélissié : Le rhumatisme articulaire chronique progressif chez l'enfant. (Président, M. Grancher).

Du 18 au 22. — Pas de thèses.

Mercredi 23 — Mlle Edwards : De l'hémiplégie dans quelques affections nerveuses. (Président, M. Charcot). — M. Rollin : Fistules néphro-cutanées. (Président, M. Guyon).

Jeudi 24. — Pas de thèses.

Vendredi 25. — Mlle Chopin : Elimination de l'acide salicylique suivant les divers états des reins. (Président, M. Gautier). — M. Dubarry : Contribution à l'étude de la vie des microbes pathogènes dans l'eau. (Président, M. Straus).

Du 26 au 29. — Pas de thèses.

Mercredi 30. — M. Sebileau : Epanchements du péritoine. (Président, M. Verneuil). — M. Barraud : Hystérectomie vaginale totale ou partielle dans le cancer du col. (Président, M. Verneuil.) — M. Voisine : Contribution à l'étude des ecchymoses cutanées consécutives aux maladies de la moelle. Un cas de purpura consécutif à la paralysie infantile. (Président, M. Straus.) — M. Depoix : Contribution à l'étude des épanchements chyliformes du péritoine. (Président : M. Hayem.) — M. Daurios : Contribution à l'étude de la tuberculose de l'appareil génital de la femme. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 31. — M. Thévenin : Isolement dans les hôpitaux d'enfants. (Président, M. Le Fort.) — M. Estrabaud : De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour extraire les calculs et les corps étrangers de la vessie. (Président, M. Le Fort.) — M. Widal : Etude sur les accidents infectieux d'origine puerpérale, la phlegmatia alba dolens et l'érysipèle. (Président, M. Bouchard.) — M. Monnier : Hernie du diaphragme d'origine congénitale. (Président, M. Mathias-Duval.)

## COURRIER

M. le docteur Gay (d'Arles) est nommé médecin-directeur du Sanatorium de Banyuls (Pyrénées-Orientales).

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 11, rue des Poitevins, le samedi 2 février, à huit heures et demie très précises du soir : « Les tendances de la chirurgie moderne, » par M. le docteur Gustave Richelot, agrégé de la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux.

— Hier les anciens élèves du docteur Alphonse Desmarres, devenus ses amis, sont allés le féliciter à l'occasion de ses noces d'argent professionnelles.

C'est, en effet, depuis 25 ans que M. Desmarres prodigue ses soins et son enseignement. C'est là un juste titre de reconnaissance.

Le soir, le maître réunissait autour de lui ses amis dans une fête toute intime où on a bu à ses noces d'or.

Brouillards et mortalité. — Dans certaines circonstances le brouillard peut durer longtemps et devenir extrêmement opaque. Dans la ville de Londres, sur 100 jours de l'année on peut en compter 13 qui sont caractérisés par l'existence d'un brouillard plus ou moins épais à huit heures du matin. Pendant le cours de l'année, on peut compter en moyenne 49 matinées de brouillard.

C'est là un chiffre bien élevé ; et l'on affirme que cette grande diminution de lumière pendant une partie sensible de l'année a des effets importants ; en 1880, il y a eu des brouillards très denses, pendant lesquels on a vu la mortalité moyenne s'accroître (elle était de 27 sur 1,000 pendant la dernière semaine de janvier, elle monta à 48 pendant la dernière semaine de février, à l'époque des plus forts brouillards).

Des observations du même genre ont été faites dans d'autres villes anglaises. Dans la période de trois semaines écoulée entre le 26 janvier et le 14 février de cette année 1880, les hygiénistes estiment que l'excès de la mortalité s'est élevé jusqu'à 2,994 personnes. On constata pendant la dernière de ces trois semaines beaucoup de morts dues à la coqueluche et à la bronchite. Les personnes dont les bronches sont délicates doivent particulièrement éviter les brouillards qui règnent pendant les périodes anticycloniques de l'hiver. On sait bien ce que c'est qu'un cyclone, c'est un mouvement rapide de l'air, un mouvement composé formé à la fois de la translation et de la rotation d'une sorte de grand tourbillon atmosphérique. Les périodes cycloniques sont marquées par l'abaissement du baromètre : pour que les brouillards se forment bien et s'établissent longuement, il faut des conditions opposées, un certain état d'équilibre de l'air, marqué par l'arrêt et l'élévation du baromètre, par l'absence de tout vent, par une sorte de grand calme aérien. (*Le Temps.*)

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le docteur Max. Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 2 février, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine à la même heure.

Ce cours sera fait en 12 leçons.

Cours d'accouchements. — MM. les docteurs G. Lepage et J. Potocki commenceront le 11 février prochain, à quatre heures du soir, un cours *pratique* d'accouchements. Ce cours *gratuit* aura lieu à l'Association générale des étudiants, 41, rue des Écoles.

Il sera complet en 36 leçons et comprendra des exercices sur le mannequin.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

La discussion sur le strophantus est terminée à l'Académie de médecine. La question, à la vérité, n'est pas résolue, car la strophantine et le strophantus conservent chacun leurs partisans, aussi convaincus les uns que les autres de la supériorité de l'une des deux substances sur l'autre. MM. Bucquoy, Dujardin-Beaumetz, C. Paul, Hérard n'ont pas plus converti MM. G. Sée et Laborde qu'ils n'ont été convertis par eux. Mais cette discussion n'a pas été stérile, car elle a servi du moins à préciser les points sur lesquels l'entente est faite, et ceux sur lesquels le dissentiment est complet. C'est à l'observation clinique d'éclairer ces derniers.

La nomination de M. Budin comme membre de l'Académie sera accueillie avec autant de faveur dans le monde médical que dans ce corps savant luimême, et nous joignons nos félicitations sincères à celles de ses nombreux amis.

— On annonce la mise au concours de trois places de chirurgien, dont deux titulaires et un suppléant, et d'une place de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare. Nous donnons plus loin les conditions de ce concours.

— Chaque semaine voit apparaître un nouveau progrès des doctrines microbiennes, et souvent plusieurs. C'est ainsi que M. le professeur Chauveau a présenté lundi dernier, à l'Académie des sciences, une note complémentaire de M. Lowenthal sur les modifications de virulence des microbes cholériques dans sa pâte pancréatique, et une autre de M. le professeur Peuch (de Toulouse), sur le passage du bacille de Koch dans les plaies des tuberculeux. Lorsque ces plaies ont plus de quatorze jours, le bacille a perdu sa virulence. Il sera intéressant de savoir sous quelles influences cette virulence se conserve pendant ce temps et s'atténue alors.

L.-H. P.

## Du traitement des fractures de la rotule

Par A. COURTADE, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les fractures de la rotule ont bénéficié, grâce à l'antisepsie, des progrès réalisés dans les opérations articulaires. Ne voit-on pas des chirurgiens enthousiastes conseiller la suture des fragments dans tous les cas de fracture de la rotule ou au moins dans un grand nombre de cas, où l'interven-

tion est chose de luxe? Ce qui prouve l'innocuité des opérations graves, quand on pratique rigoureusement l'antisepsie.

Nous croyons au contraire que, dans la grande majorité des cas de fractures de la rotule, une surveillance attentive permettra d'obtenir d'aussi bons résultats qu'une opération sanglante.

Il est peu de fractures qui aient plus provoqué l'esprit inventif des médecins que celles de la rotule; aussi les appareils sont-ils nombreux; la conduite à tenir varie aussi avec chaque chirurgien.

En raison de cette multiplicité de moyens employés, nous avons cru devoir rapporter une observation de fractures successives des rotules chez un même individu qui, aujourd'hui, marche aussi bien qu'avant.

M. S..., âgé de 30 ans, d'excellente constitution, vigoureux, se fracture la rotule le 20 octobre 1886 dans les conditions suivantes : il aidait à élever un colis de 200 kilog., et, pour augmenter sa puissance de traction, le pied droit était arc-bouté contre la fenêtre. Tout à coup la corde casse et il tombe en arrière, le genou gauche fortement fléchi sous lui. La rotule gauche était fracturée transversalement avec un écartement d'au moins 1 centimètre.

Appelé immédiatement, je place le membre dans une gouttière de Bonnet et fais appliquer sur le genou des compresses résolutives.

Le 25 octobre, c'est-à-dire cinq jours après l'accident, la gouttière est remplacée par l'appareil de Boyer, quoique le genou n'ait pas repris encore son volume normal.

Les bretelles de l'appareil, qui embrassent les deux fragments pour les rapprocher l'un de l'autre, sont d'abord modérément serrées et permettent cependant de ne laisser qu'un intervalle très faible.

Chaque jour les bretelles sont inspectées, soit pour serrer davantage ou au contraire diminuer la traction.

Le 29, il existe une légère irritation de la peau au-dessous de la bretelle supérieure trop serrée; la simple application d'une compresse imbibée d'un liquide résolutif la fait disparaître.

Le 21 novembre, c'est-à-dire un mois après l'accident, l'appareil de Boyer est retiré, et l'inspection de la rotule permet de constater qu'au niveau de la fracture il n'y a pas l'intervalle, et que le doigt éprouve la même sensation que s'il explorait la pointe du nez; il existe donc une légère dépression comblée par du tissu fibreux. La rotule a 6 centimètres de long.

Il faut ajouter que l'atrophie des muscles de la cuisse était notable, comme elle l'est dans tous les cas semblables, mais cela n'empêcha pas le malade de se lever au bout d'un mois et de s'exercer à la marche; au début, il ne pouvait pas porter la jambe en avant, son père imagina de tirer le pied en avant à l'aide d'une ficelle; le fils n'avait plus alors qu'à s'appuyer sur la jambe pour accomplir le deuxième temps de la marche.

Après quelques mois, il passa l'inspection pour se faire réformer, mais il fut maintenu dans les cadres.

Ce résultat, bien qu'excellent, avait été un peu long à obtenir, et je me promis de le modifier à la première occasion.

Celle-ci ne tarda pas à se présenter, sur ce même malade, qui se fractura la rotule droite un an après la gauche.

Le 26 octobre 1887, ne remarquant pas un trottoir qui se trouvait devant lui, il le descendit brusquement de la jambe droite, et, instinctivement, contracta avec violence les muscles de la cuisse; il entendit aussitôt un bruit sur la nature duquel il ne se méprit pas, car, instruit par l'expérience, il ne douta pas qu'il se fût fait une fracture de la rotule.

Appelé près de lui, j'appliquai immédiatement l'appareil de Boyer qui se trouvait sous la main, mais je ne serrai presque pas les bretelles pour rapprocher les fragments

distants de 1 centimètre environ; application de compresses résolutives pendant trois ou quatre jours.

A mesure que le gonflement du genou diminuait, je serrais davantage et je pus enfin obtenir la coaptation exacte.

L'appareil de Boyer est retiré seize jours après l'accident et remplacé par un appareil plâtré, qui laisse la rotule à nu, mais l'entoure exactement de toute part.

Le 14 novembre, il commence à marcher avec la gouttière plâtrée qu'il ne gardera plus que dans la journée, à partir du 25 novembre, pour l'abandonner complètement le 3 décembre. A cette date, il se contente d'appliquer une bande de toile pour soutenir le genou.

La rotule droite a 5 centim. 4 de long.

Dans ce deuxième cas, le malade marche au bout de dix-huit jours; grâce à cela, l'atrophie est moins prononcée, et les forces du côté malade reviennent beaucoup plus vite que la première fois.

En octobre 1888, c'est-à-dire deux ans après la première fracture et un an après la deuxième, les rotules ont les dimensions suivantes : la droite a 5 centim. 9 et la gauche 6 centim. 5; la cicatrice s'est donc allongée d'environ 5 millim.; il est fort probable que le tissu fibreux cicatriciel ne continuera pas à s'allonger ultérieurement.

En ce moment, le malade marche parfaitement et gravit l'escalier sans difficulté.

Si la guérison avait eu lieu par l'intermédiaire d'une languette de tissu fibreux assez longue, comme nous l'avons vu souvent, notre malade serait aujourd'hui dans une situation des plus fâcheuses, car la marche deviendrait rapidement pénible et l'ascension d'un escalier serait d'une extrême difficulté.

C'est en raison de ces circonstances que nous avons cru devoir publier cette observation, car nous pensons qu'en suivant la même technique on pourra obtenir les mêmes résultats.

Pour résumer, nous formulerons les règles suivantes :

1° Immédiatement après l'accident, immobiliser complètement le membre inférieur dans une gouttière de Bonnet ou l'appareil de contention définitif, comme l'appareil de Boyer, qui est excellent.

2° Application incesssante sur le genou, pendant quelques jours, de compresses imbibées d'un liquide résolutif.

Ce n'est que dans des cas exceptionnels où l'épanchement sera considérable ou sera accompagné d'hémarthrose, que des moyens plus énergiques, tels que vésicatoires, ponction aspiratrice, etc., pourront être mis en œuvre; il ne faut pas oublier que nous n'avons en vue que les cas simples, classiques, qui se présentent le plus généralement.

3° Le plus tôt possible, même avant que le gonflement du genou ait complètement disparu, rapprocher les fragments en passant les deux lanières de l'appareil de Boyer : l'une au-dessus du fragment supérieur, l'autre au-dessous du fragment inférieur, et en les fixant sur les parties latérales de la gouttière.

Si la pression des bretelles fait saillir en avant le trait de fracture en faisant basculer les fragments, on peut appliquer, transversalement sur le genou, une petite bretelle modérément serrée qui empêchera ce déplacement.

4° Examiner chaque jour l'appareil pour s'assurer que rien n'est déplacé et voir s'il faut modifier en plus ou en moins la pression exercée sur les fragments.

5° Si la réunion est parfaite, au bout de quinze à dix-huit jours environ, on peut remplacer l'appareil de Boyer par une gouttière plâtrée qui enveloppe

complètement la moitié inférieure de la cuisse et la moitié supérieure de la jambe, et laisser passer la rotule, tout en l'entourant de toute part pour empêcher son déplacement et le tiraillement de la cicatrice.

6° Cet appareil plâtré, qui n'empêchera pas le malade de se livrer à un exercice quotidien modéré, sera retiré de quinze à vingt jours après son application.

*N. B.* — Nous voyons, dans cette double observation fort intéressante, dont nous remercions notre excellent confrère, la confirmation d'un fait sur lequel nous appelons l'attention des élèves toutes les fois que l'occasion s'en présente : le traitement de la fracture de la rotule doit être simple; l'appareil le moins compliqué, laissé en place le moins longtemps possible; mobilisation et marche aussitôt que l'état de l'*articulation* le permet, de bonne heure si l'arthrite a été nulle ou très légère. Ce qui importe pour les fonctions du membre, ce n'est pas d'obtenir la coaptation *absolue*, l'absence totale d'écartement, c'est d'éviter la raideur consécutive et de combattre l'atrophie musculaire. — La *griffe de Duplay* et le *massage* ne gâtent rien quand on est dans les conditions voulues pour les appliquer méthodiquement. — L.-G. R.

## PRINCIPES DE THÉRAPEUTIQUE

### La digitale.

La séance du 22 janvier de l'Académie de médecine a été animée par une discussion que M. Germain Sée a soulevée au sujet de l'emploi médicinal du strophantus et de la strophantine. La doctrine que le savant professeur a soutenue, très scientifique et très séduisante, invoque une opinion d'un de nos plus illustres expérimentateurs; et il l'a résumée dans une phrase très bien frappée : « Ce sera, dit-il, l'honneur de la médecine moderne et de la chimie biologique de substituer, selon la grande idée de Cl. Bernard, partout et toujours, aux plantes des sauvages et aux médicaments empiriques en général, les principes chimiques rigoureusement déterminés. » Si cette phrase est l'expression d'un vœu, c'est parfait; mais si elle a la prétention d'offrir une doctrine actuelle et absolue, elle renferme deux mots, « partout et toujours », qui sont de trop.

Il est très vrai, nous nous empressons de le reconnaître, que la tendance à laquelle la phrase de M. Germain Sée applaudit avec tant de raison, existe, et que nous devons réunir nos efforts pour lui faire la voie de plus en plus large. Mais la science n'est pas encore allée jusque-là que toutes les plantes qui jouent un rôle dans la matière médicale aient répondu aux investigations de la chimie; et il s'en faut de beaucoup, malgré l'affirmation très respectable de M. le professeur Germain Sée, que les alcaloïdes retirés d'une plante soient toujours supérieurs, comme agents thérapeutiques, à la plante elle-même avec la réunion de tous ses principes. Souvent même, on le sait, les effets produits par les alcaloïdes offrent, avec les résultats obtenus par l'emploi de la plante-mère, une différence telle, qu'on ne saurait hésiter à recourir à cette dernière.

Prenons pour exemple la digitale, notre diurétique le plus sûr, l'agent le plus efficace de la médication antipyrétique, dont les propriétés ont été confirmées par trente années d'expérimentation. Si l'on pose cette question : Doit-on préférer, dans la pratique médicale, les alcaloïdes de la digitale à la plante-mère? Un de nos thérapeutistes les plus compétents, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, va nous répondre : « Dans l'état actuel de la science, vu la complexité chimique de ces composés et leur action physiologique variable, il vaut mieux, en attendant, conseiller l'usage de la plante-mère. »

La réponse est catégorique. Pourtant, les alcaloïdes de la digitale ont été, sinon trouvés, du moins cherchés et étudiés avec le plus grand soin par de savants chimistes

et médecins. Mais la digitaline soluble dans l'eau et l'alcool, la digitaline amorphe et insoluble, et la digitaline cristallisée, ne sont, d'après Schmiedeberg, que des mélanges de principes préexistant dans la plante ou des corps de décomposition; et il ne reconnaît comme principes chimiques purs que les quatre corps suivants, la digitonine, la digitaline, la digitaléine et la digitoxine, dont les trois premiers auraient, d'après Hoppe, des propriétés qui les rapprocheraient de la plante-mère, et dont le quatrième, de six à dix fois plus actif, n'est pas d'un emploi sans danger. Il résulte de là que la plante-mère se trouve logiquement et nécessairement attachée à la pratique médicale dans un rang incontestablement supérieur à celui des agents tirés de son sein, jusqu'au moment où la science, isolant ceux-ci nettement, pourra différencier chimiquement les propriétés diverses dont la plante jouit et qui, aujourd'hui, peuvent être considérées comme concourant à l'effet principal pour lequel elle a été surtout étudiée, à savoir les effets sur le cœur.

Or, ces considérations ont une grande importance. En effet, l'agent thérapeutique adopté, c'est-à-dire la plante-mère, est un corps très composé, dont les éléments ont des propriétés chimiques et physiologiques diverses; et il importe de choisir le mode de préparation qui doit donner de la manière la plus certaine tout l'ensemble de ces éléments réunis et combinés. Labélonye, dont le mode de préparation a été adopté dans la dernière édition du Codex, se plaçant précisément à ce point de vue, a repoussé la méthode de l'infusion aqueuse prolongée, qu'on avait considérée comme donnant le meilleur produit pour l'usage médical, et il a démontré que la plante doit être traitée par l'alcool hydraté à 22°, qui, dissolvant l'huile volatile, la résine et les principes amers, fournit un extrait hydro-alcoolique, qui, préparé dans le vide, présente associées toutes les propriétés de la plante.

Le rapport lu à l'Académie de médecine le 23 janvier 1872, par M. Buignet a mis hors de contestation que la solution hydro-alcoolique de digitale doit être la base des préparations digitaliques; et c'est d'après ce principe que Labélonye a créé le sirop de digitale, dont les effets constants démontrent qu'il possède réellement toutes les propriétés de la digitale, produisant chez les hydropiques et les cardiaques des effets franchement diurétiques, se montrant éminemment utile dans plusieurs affections des voies respiratoires, asthme, coqueluche, hydropisie de poitrine, etc., déterminant le ralentissement du pouls, calmant les palpitations en rendant les battements du cœur plus fermes et plus réguliers, etc.; en un mot, donnant tous les résultats propres à la digitale elle-même.

Pour appuyer ce que nous venons de dire sur la préférence à donner à la plante-mère, dans l'application médicale de la digitale, citons ici le passage suivant que nous lisons dans le dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz : « Dans les maladies du cœur s'accompagnant d'une exsudation aqueuse abondante, suite de la stase du sang dans le système veineux, la *digitale* fait disparaître cette stase et aide à la résorption des exsudats séreux en régularisant les fonctions du cœur et la distribution du sang », ce qui révèle évidemment une action aussi complète que profonde.

---

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

*Les hématozoaires observés par M. Laveran dans le sang des paludiques.* — Une note de M. Laveran, que M. Bouchard présente à l'Académie, lui fournit l'occasion d'insister sur l'importance d'une découverte qui remonte à dix années et qui, contestée pendant longtemps, paraît aujourd'hui inattaquable. L'importance de cette découverte ne résulte pas seulement de l'influence désastreuse exercée par la fièvre intermittente à toutes les époques de l'histoire de l'humanité. Si M. Laveran a démontré, le premier, que cette maladie est parasitaire, il a, en faisant cette découverte, donné le premier exemple, chez l'homme, d'un parasitisme animal où l'agent pathogène semble être placé sur l'échelon

le plus inférieur de la vie animale. Si la plupart des maladies infectieuses de l'homme et des animaux relèvent du microbisme végétal, la plus importante des maladies infectieuses de l'homme dépend du microbisme animal. On sait que le parasite observé par M. Laveran en Algérie a été retrouvé en France, en Corse, en Italie, en Russie, à Madagascar, au Tonkin, en Amérique, et qu'il est le même que l'organisme signalé plus récemment par MM. Marchiafava et Celli dans le sang des paludiques.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 janvier 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *La rougeole et la diphthérie aux Enfants-Assistés. — Pouls capillaire sur les plaques d'urticaire. — Tuberculose papillomato-crustacée. — Injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée. — Ectopie cardiaque.*

M. Sevestre fait une communication relative à l'heureuse influence que la désinfection par l'étuve a eue sur la morbidité et la mortalité par rougeole et diphthérie aux Enfants-Assistés.

Si l'on se reporte à une quinzaine d'années en arrière, on voit que la rougeole décimait véritablement les Enfants-Assistés. En six ans, sur 1,256 cas, elle tuait 612 enfants. Elle présentait alors des caractères cliniques qui la distinguaient complètement, non seulement des rougeoles observées en ville, mais encore de celles des autres hôpitaux d'enfants. Certaines complications y étaient très fréquentes, entre autres la laryngite ulcéreuse et les gangrènes; bref, la mortalité était de 42 p. 100, tandis qu'elle n'était, à Sainte-Eugénie, que de 19 p. 100.

Envisagée au point de vue de ses rapports avec la mortalité totale, elle était, en 1869, de 80 p. 100, tandis qu'à Sainte-Eugénie, elle était de 4 p. 100.

M. Sevestre s'est efforcé d'abaisser par l'isolement le nombre des cas de contagion et la mortalité. Il n'a réussi qu'en partie. Depuis que l'isolement est pratiqué aux Enfants-Assistés, la rougeole est, il est vrai, non seulement devenue plus rare, mais surtout moins meurtrière.

M. Sevestre n'a pas pu d'ailleurs obtenir jusqu'ici le système d'isolement absolu qu'il ne cesse de demander. Le grand nombre des enfants, des considérations budgétaires, et aussi la lenteur administrative traditionnelle y mettent obstacle. Cependant, grâce au peu de diffusibilité de la rougeole qui ne se propage pas au delà de quelques mètres, ainsi que l'a bien établi M. Béclère, les foyers restent circonscrits. Les résultats ainsi obtenus sont tels que, si Parrot voyait aujourd'hui la rougeole des Enfants-Assistés, il ne reconnaîtrait certes pas la maladie si meurtrière qui dévastait son service.

En 1887, sur 8,129 enfants qui ont passé par l'hospice, 305 ont eu la rougeole; de ceux-ci, 64 sont morts de la rougeole et 84 ont contracté la diphthérie; ce qui fait une mortalité de 48,5 p. 100.

En 1888, sur 8,623 enfants admis à l'hospice, il y a eu 146 cas de rougeole pendant les six premiers mois de l'année et 98 pendant les six derniers. Sur ces 244 cas, 33 sont morts de la rougeole; de plus, 36 malades de rougeole ont contracté la diphthérie.

Si l'on compare à cette statistique celle des années 1882 à 1886, on voit que la mortalité de la rougeole a oscillé entre 42 p. 100 et 57 p. 100, tandis que, dans le second semestre de 1888, elle est, pour les enfants au-dessus de 2 ans, de 10,2 p. 100; en défalquant les cas de diphthérie, elle n'est que de 5 p. 100.

Pendant cette même période, la statistique de l'hôpital des Enfants-Malades donne 33,3 p. 100 de décès pour la rougeole; en ne tenant pas compte de la diphthérie, la mortalité y reste de 19,8 p. 100.

La rougeole présente donc une décroissance progressive très marquée aux Enfants-Assistés.

Quant à la diphthérie qui revêt des caractères cliniques d'une gravité toute spéciale, la mort est pour ainsi dire constante dans cet hôpital, puisqu'en 1887, sur 139 entrées

au pavillon de la diphthérie, il y a eu 119 décès, et en 1888, sur 94, il en est mort 85. Pas un seul enfant ne survit à la trachéotomie; c'est la triste tradition des Enfants-Assistés. En 1876, M. Hutinel, étant interne, fit une trachéotomie dont l'opéré guérit; depuis lors, la statistique des guérisons est restée vierge.

Or, tandis que, pendant les six premiers mois de l'année dernière, 78 cas de diphthérie se sont déclarés à l'hospice, pendant les six derniers mois, il n'y en a eu que 13.

M. Sevestre avait acquis la conviction que la diphthérie se propageait dans l'hospice par le linge. Et, en effet, on voyait éclater des foyers de diphthérie dans des points très limités, distants les uns des autres, et n'ayant aucune communication entre eux. Impossible de trouver la porte d'entrée de la maladie. Fort des nombreux exemples où la diphthérie s'était transmise par des objets, et en particulier par les vêtements et le linge, M. Sevestre réclama avec insistance, auprès de l'administration, l'établissement d'une étuve dont la température pouvait être portée à 120°, réalisant ainsi la désinfection la plus complète que nous connaissions.

L'étuve une fois obtenue, son fonctionnement fut organisé non sans quelque peine. Un principe rigoureux fut établi : c'est que tous les objets qui ont été dans les salles de malades doivent être désinfectés. De plus, ordre est donné de passer à l'étuve les vêtements de tous les enfants qui arrivent à l'hospice, et de faire prendre un bain à tous les nouveau-venus. Quant à la manœuvre, le personnel qui charge l'étuve n'a aucun contact avec les infirmiers spécialement désignés pour retirer les objets désinfectés. On conçoit que, dans l'application, une règle aussi sévère portant sur une masse d'enfants qui se renouvelle sans cesse exige une surveillance constante. A partir du jour où l'étuve fonctionna, la diphthérie disparut subitement; le pavillon resta abandonné pendant trois mois, ce qui ne s'était jamais vu. Tout à coup, du 9 au 27 octobre, six enfants furent pris de diphthérie et succombèrent; ils avaient été tous les six en contact dans un pavillon de la rougeole; on accusa un linge qui avait échappé à la désinfection, et on redoubla de surveillance. Depuis lors, quelques cas isolés, au nombre de sept, se sont déclarés. Mais, avec l'apport constant de l'extérieur, il est difficile d'empêcher complètement quelques germes de s'infilter. Depuis un mois et demi, il y a eu dans le pavillon de la diphthérie des cas extrêmement graves venus du dehors, et arrivés à l'hospice avec des symptômes d'infection profonde. Or, malgré ce foyer infectieux, il ne s'est pas déclaré un seul cas intérieur de diphthérie, excepté dans l'unique endroit qui n'ait pas été désinfecté, c'est-à-dire le service de chirurgie.

M. Richard demande à M. Sevestre si, aux Enfants-Assistés, la literie a été désinfectée en même temps que le linge.

M. Sevestre : Oui, mais moins rapidement.

M. Ollivier dit que, dans son service de l'hôpital des Enfants-Malades, l'isolement est une chose purement fictive, et, par suite, la diphthérie reste ce qu'elle a toujours été.

Deux conditions la propagent dans les hôpitaux d'enfants, et on ne saurait trop y insister.

En premier lieu, les petits malades séjournent trop longtemps dans la salle des consultations, avant leur entrée. Ils y restent une heure, deux heures parfois. Beaucoup, qui n'ont rien ou presque rien, gagnent là, d'enfants diphthéritiques qui attendent eux aussi, cette terrible maladie et la remportent chez eux, pour la disséminer à leur tour.

En second lieu, quand l'admission est prononcée, on ne peut pas mettre les cas douteux dans une salle spéciale par l'excellente raison qu'une salle de ce genre n'existe pas. Il se produit donc cette chose déplorable, mais fatale, que des angines douteuses vont dans la salle des diphthéries, et que des angines diphthéritiques, que l'on ne peut encore diagnostiquer, sont envoyées dans les salles communes.

Pour parer à ce double inconvénient, il faudrait absolument obtenir : 1° une salle spéciale pour les cas douteux; 2° un médecin chargé de la consultation et qui éviterait aux enfants l'attente dangereuse que je viens de signaler.

On pourrait confier ce service, soit aux médecins du Bureau central, qui l'accepteraient avec plaisir, soit encore aux concurrents du Bureau central qui auraient été le plus près d'être reçus.

M. Ollivier prie ses collègues de vouloir bien s'unir à lui pour essayer d'obtenir de l'administration les réformes et les améliorations nécessaires. Il est inadmissible que diphthéries, scarlatines, rougeoles, coqueluches, soient mélangées, confondues, comme elles le sont à l'hôpital des Enfants-Malades. Un enfant entre là pour une maladie insignifiante, et il peut y gagner une, deux, trois et même quatre maladies sérieuses. Bien des morts sont imputables à cette promiscuité déplorable.

M. Richard pense qu'en présence des résultats obtenus par M. Sevestre il faudrait pousser l'expérience avec la dernière rigueur. Dans cet ordre d'idées, des salles de rechange pour les enfants diphthéritiques rendraient de grands services.

M. Sevestre, sans avoir, à proprement parler, des salles de rechange aux Enfants-Assistés, est cependant arrivé à faire changer les petits malades de salle.

Les bons résultats qu'il a obtenus, il les attribue non pas à l'isolement, mais à la désinfection par l'étuve. Il n'avait rien gagné avec le premier; tout a changé avec la seconde.

M. Cadet de Gassicourt dit que la situation est un peu meilleure à l'hôpital Trousseau qu'à l'hôpital des Enfants-Malades, mais ce mieux ne date pas de loin, en tant qu'installation. En effet, il y a deux mois seulement que cet hôpital a une salle spéciale pour les angines suspectes. Il n'y a de salles d'isolement ni pour les scarlatines, ni pour les rougeoles, mais il y en aura dans les pavillons actuellement en construction. M. Cadet de Gassicourt a demandé des salles de rechange pour ses scarlatineux et ses rubéoleux. On les lui a promises. Pour la diphthérie, la chose est impossible, à moins qu'on ne construise.

Malheureusement, il n'y a pas de salle permettant de maintenir les enfants en surveillance. On est donc bien loin, à Trousseau, non pas seulement de ces installations merveilleuses que l'on trouve à l'étranger, en Russie surtout, mais encore de ce dont M. Sevestre peut disposer aux Enfants-Assistés.

M. Cadet de Gassicourt ajoute que, malgré l'identité dans les procédés opératoires et dans les soins consécutifs, la trachéotomie donne de meilleurs résultats à Trousseau qu'aux Enfants-Malades. A quoi tient cette différence?

M. Ollivier pense que cela tient sans doute à ce que les petits malades arrivent à moitié morts à l'hôpital des Enfants, les médecins du quartier attendant pour les adresser qu'ils soient à la dernière extrémité. On opère sur des demi-cadavres. Peut-être n'en est-il pas de même à l'hôpital Trousseau.

M. Cadet de Gassicourt dit que les choses se passent de même à Trousseau à ce point de vue. Il faut donc chercher ailleurs la cause de la différence dans les résultats.

— M. Edgard Hirtz : Le pouls capillaire a été signalé pour la première fois par Lebert, dans un cas d'insuffisance aortique.

Dans l'espace de cinq ans, M. Hirtz l'a constaté six fois au niveau de plaques ortiées. Il existe de la façon la plus manifeste autour des zones d'urticaire d'une malade actuellement dans son service et qui fut prise d'une éruption ortiée au déclin d'une attaque de rhumatisme articulaire généralisé, avec péricardite légère. Il apparaît lorsqu'on déprime très légèrement la peau au-dessus et au-dessous de la plaque d'urticaire.

Ce phénomène peut avoir une certaine valeur pour le diagnostic des dermatites congestives. On ne le rencontre ni dans les érythèmes simples, ni dans les fièvres éruptives.

La constatation de cette paralysie vaso-motrice vient à l'appui de l'opinion de Renaut (de Lyon) qui explique la forme arrondie de l'urticaire par l'atonie d'une artériole de distribution commandant un cône vasculaire particulier. Cette atonie est généralement d'ordre névro-paralytique.

L'urticaire semble donc bien être une véritable névrose vaso-motrice, ou une dermatese angio-nerveuse.

M. du Castel, dès 1870, a constaté le pouls capillaire autour de toutes les papules d'un varioleux. Le phénomène ne dura que quelques heures, mais cela suffit pour penser qu'il n'est pas spécial à l'urticaire.

M. de Beurmann l'a observé également autour des plaques d'un érythème polymorphe.

— MM. Brissaud et Gilbert ont présenté, en juillet 1887, à la Société, un malade atteint d'une lésion à la fois papillomateuse et croûteuse de l'avant-bras, survenue pendant l'évolution d'une tuberculose pulmonaire.

Tandis que les présentateurs considéraient cette lésion comme franchement et exclusivement tuberculeuse, la plupart de leurs collègues penchaient pour sa nature syphilitique. Ils se basaient en grande partie sur ce fait que l'élément éruptif consistait dans une production croûteuse et non pas exclusivement dans une hypertrophie papillaire. Plusieurs même semblaient considérer comme sans grande valeur dans l'espèce la présence des bacilles tuberculeux constatés dans la sérosité sanguinolente recueillie au-dessous des croûtes.

D'après MM. Brissaud et Gilbert, la présence des bacilles constituait, sinon une certitude, du moins une présomption légitime de tuberculose; d'autre part, ils connaissaient quelques observations de tuberculose verruqueuse où une croûte épidermique masquait les saillies de la végétation papillaire (Riehl et Paltauf). Enfin, ils avaient constaté la même altération de la peau chez trois malades tuberculeux et non syphilitiques réunis par le hasard dans leur service à la même époque.

Or, un de ces malades vient de mourir par l'évolution de sa phthisie pulmonaire, et assez tardivement pour que la contre-épreuve par le traitement antisyphilitique ait pu être consciencieusement, mais vainement tentée.

L'examen histologique de la peau, au niveau de la lésion, a montré qu'il s'agissait bien d'une infiltration tuberculeuse de la couche superficielle du derme, infiltration portant presque exclusivement sur la portion papillaire.

Les papilles du derme sont considérablement hypertrophiées. En certains points le derme est uniformément plat, comme si les papilles avaient été fauchées; et tandis qu'à la base des papilles hypertrophiées il n'existe, en général, qu'une infiltration plus ou moins profuse d'éléments ronds, on voit au-dessous des parties planes une infiltration franchement tuberculeuse, caractérisée par une végétation épithélioïde typique et la présence d'un certain nombre de belles cellules géantes dont quelques-unes renferment des bacilles. Aussi pourrait-on admettre, avec M. Vidal, que l'hypertrophie papillaire est un phénomène irritatif banal, tandis que la tuberculisation modifie radicalement la structure du derme en le privant de son caractère essentiel, à savoir le développement papillaire.

En ce qui concerne l'épiderme, les observateurs ont noté une accumulation considérable des éléments de la couche cornée.

S'il fallait ranger ces observations dans une des catégories de dermatoses tuberculeuses, ce serait peut-être parmi les tuberculoses verruqueuses, avec ce correctif, toutefois, que peu être verruqueuse, la tuberculose n'en est pas moins capable de revêtir l'aspect d'un rupia, dès l'instant que l'épiderme corné, accumulé en couches épaisses, s'étale à la surface des papilles.

Cela prouve que les caractères macroscopiques, réputés suffisants pour différencier la syphilis de la tuberculose, sont souvent trompeurs et que le microscope peut rendre de réels services en pareil cas.

Le terme de tuberculose papillomato-crustacée a l'avantage, s'il est peu euphonique, de définir exactement les faits auxquels il s'applique.

— M. Edgard Hirtz a pratiqué, récemment, pendant une suppléance à l'hôpital de Lourcine, 139 injections sous-cutanées d'huile grise benzoïnée de Neisser. Chaque seringue renfermait environ 36 centigrammes de mercure. Sur ces 139 injections, il y a eu 15 fois formation d'infiltrats peu importants, mais jamais d'abcès ni de stomatites. Les résultats thérapeutiques ont été bons, remarquables même dans cinq cas.

La production des infiltrats — qui ont constitué une série toute fortuite — a paru liée soit à l'ancienneté de l'huile grise benzoïnée, soit à la brièveté de l'aiguille qui ne traversait pas toute l'épaisseur du bourrelet adipeux, souvent considérable chez certaines femmes. Aussi faut-il employer des aiguilles ayant 4 centimètres de longueur au lieu de 3.

Chaque malade soumise aux injections doit avoir une bonne dentition. Elle reçoit dès le début du traitement une brosse à dents et une poudre dentifrice formée de chlorate de potasse et de charbon, avec laquelle elle se nettoie deux fois par jour les dents et la bouche.

M. Balzer fait remarquer que les résultats obtenus par M. Hirtz sont encore meilleurs que les siens, car il a eu, lui, un plus grand nombre d'abcès.

La longueur de l'aiguille de la seringue est chose capitale, car, si on n'arrive pas dans les muscles avec l'injection, on a presque sûrement un abcès.

M. Guyot a employé les peptonates de mercure; mais, comme les injections de ce genre étaient fort douloureuses, il ajoute maintenant à chaque injection 1 centigr. de chlorhydrate de cocaïne; avec cette addition, la douleur est exceptionnelle.

M. Hirtz dit que le grand avantage de l'huile grise benzoïnée, c'est qu'une injection reste efficace pendant 15, 20 et même 30 jours. C'est un avantage considérable avec une population aussi mobile que celle de Lourcine, dont les malades s'en vont quand bon leur semble et sans attendre d'être guéris.

M. du Castel : Quand on a la précaution de ne faire porter l'injection que dans les muscles, en évitant avec grand soin le tissu cellulaire sous-cutané, on est, comme l'ont dit MM. Balzer et Hirtz, à l'abri des abcès. Il s'en est assuré il y a déjà longtemps dans les injections d'éther qu'il pratiquait dans la variole. Il en est de même pour les injections mercurielles dans la syphilis.

— M. Huchard présente un malade âgé de 52 ans qui offre, à l'épigastre, une tumeur ovoïde, non douloureuse, animée de battements, et qui, examinée au cardiographe, donne le tracé des battements cardiaques normaux. Le cœur ne bat pas à la place normale, mais bien au niveau de l'épigastre et de la tumeur. C'est là, en tout cas, que les battements sont perçus au maximum. Tout porte donc à penser qu'il s'agit d'une ectopie cardiaque. Le malade s'en est aperçu il y a un an et demi seulement.

## VARIÉTÉS

### CONCOURS POUR SAINT-LAZARE.

Deux concours sont ouverts, l'un pour l'emploi de chirurgien suppléant, et l'autre pour celui de médecin suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Le premier de ces concours s'ouvrira, le lundi 4 mars 1889, à midi. Il donnera lieu à la nomination de trois candidats. Le second s'ouvrira le mardi 5 mars, à midi. Il ne donnera lieu qu'à la nomination d'un seul candidat.

*Conditions du concours.* — MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire au ministère de l'intérieur (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat, directeur), rue Cambacérès, n° 41, de dix à quatre heures, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription sera ouvert le lundi 28 janvier, à dix heures, et sera clos définitivement le samedi 24 février, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, le 28 février, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et du titre de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Il devra être âgé de 25 ans au moins. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers, ses états de service, s'il y a lieu, et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Aussitôt après clôture de la liste d'admission, il sera procédé à la constitution du jury, et, cinq jours plus tard, il sera donné communication de la liste des membres aux candidats admis qui en feront la demande (41, rue Cambacérès).

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE CHIRURGIEN SUPPLÉANT. — 1° Epreuves de titres scientifiques et hospitaliers.

2e Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie externe, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les trois dernières épreuves auxquelles il ne sera admis que neuf candidats, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition).

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades atteints d'affections chirurgicales (exposé en vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

3° Epreuve de médecine opératoire sur un cadavre.

Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite et pour l'épreuve de médecine opératoire.

CONCOURS POUR L'EMPLOI DE MÉDECIN SUPPLÉANT. — 1° Epreuve des titres scientifiques et hospitaliers.

2° Epreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne, de gynécologie ou d'obstétrique (leçon de vingt minutes après vingt minutes de préparation).

3° Epreuve de clinique spéciale (leçon de dix minutes après dix minutes de préparation).

Les deux épreuves définitives, auxquelles il ne sera admis que trois candidats, sont :

1° Une composition écrite sur un sujet concernant les affections vénériennes (trois heures sont données pour cette composition).

2° Une épreuve orale de diagnostic sur deux malades (exposé de vingt minutes après examen de vingt minutes au lit des malades).

Pour les épreuves orales, la note maxima sera de 20 points; elle sera de 30 points pour l'épreuve écrite.

## FORMULAIRE

JULEP ANTIDIARRHÉIQUE. — Dupré.

| | |
|---|---|
| Oxyde de zinc sublimé | 3 gr. 50 cent. |
| Bicarbonate de soude | 4 gr. 50 cent. |
| Teinture de ratanhia | 10 à 20 gouttes. |
| Julep gommeux | 60 grammes. |

F. s. a. Une potion dont on prescrit aux adultes, une cuillerée à soupe toutes les demi-heures, jusqu'à cessation de la diarrhée et des vomissements. — Pour les enfants, la composition est la même ; seulement la potion ne renferme que 30 grammes de julep gommeux, et se prend par cuillerées à café de demi-heure en demi-heure, jusqu'à l'arrêt complet de la diarrhée et de vomissements. — L'auteur a employé ce remède dans tous les cas indistinctement qui se sont présentés à son observation, et en particulier dans le choléra nostras, la diarrhée catarrhale, la diarrhée des phthisiques et le choléra infantile. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

AFFAIRE D'AVORTEMENT A LIÈGE. — Nous avons parlé, dans un précédent numéro, d'une affaire d'avortement dans laquelle, à la suite d'une expertise médico-légale qui donnait prise à plus d'une légitime critique, un honorable médecin de Liège avait été impliqué et condamné. La cour d'appel de Liège vient de réformer la sentence des premiers juges et d'acquitter notre confrère, à la grande satisfaction de toute la population liégeoise.

## COURRIER

Concours de l'internat. — Contrairement à ce qui avait été primitivement décidé, l'Administration de l'Assistance publique a porté de 46 à 54 le nombre de ses internes.

En conséquence, sont reçus comme internes définitifs, les huits premiers internes provisoires, MM. Lovy, Camescasse, Delaunay, de la Nièce, Bureau, Bernheim, Dufournier et Legrand.

Académie de Nancy. — MM. les professeurs Hecht et Bernheim ont été élus délégués de la Faculté de médecine de Nancy au Conseil général des Facultés.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Brasseur (Emile), président de la Société odontologique de France, et Emery, conseiller général de Maine-et-Loire.

— Nous lisons dans le *Lyon médical* :

La mort fait dans notre sein un vide profond. Le docteur Louis Gignoux vient de succomber à la maladie dont les alternatives, indiquant trop clairement l'issue fatale, donnaient bien certainement plus d'alarmes à ses amis anxieux qu'à son âme sereine.

En s'associant au deuil général, le *Lyon médical* a son deuil personnel, plus lourd à porter, mais non moins obligatoire à exprimer à cette place. Membre, et plusieurs fois président du Comité de rédaction, outre sa collaboration si précieuse, mais bien plus souvent sollicitée qu'obtenue, Gignoux nous apportait ce qu'il n'était pas en son pouvoir de refuser : cette enveloppante atmosphère de bienveillance et de finesse, ce rayonnement de grâce et d'atticisme qui donnait le ton à toutes les délibérations nées ou continuées en sa présence. Ce rare assemblage de solides et charmantes qualités était surtout utilisé dans les *comptes rendus de concours* ; genre littéraire pour plus d'un motif spécial à Lyon, qui a parfois révélé des maîtres, et où Gignoux comptait non seulement parmi les plus appréciés, mais parmi les plus désirés, et désirés par les compétiteurs eux-mêmes. Heureux l'esprit assez bien doué pour écrire sur des collègues contemporains et compatriotes quatre pages de critique où le cœur corrigeant les épreuves ne trouverait pas une ligne à retrancher.

Sur un autre terrain, dans nos Sociétés savantes, se trouvait-il en face de hautes questions doctrinales, traitées à fond, contradictoirement agitées par des orateurs consommés, Gignoux conservait avec la même compétence un ascendant aussi justifié. Avant de se faire une opinion on attendait presque la sienne. N'en donnons pour preuve que ses résumés analytiques raisonnés de la discussion sur les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, qui eut lieu l'année dernière à notre Société des sciences médicales. L'effet de cette mémorable passe d'armes, cet éclatant triomphe du progrès sur la routine appartient sans doute à la force même de la vérité, aux éminents chefs de service qui apportèrent les éléments essentiels du débat, les innombrables et péremptoires preuves de fait. Mais on ne saurait omettre la part d'honneur due au journaliste de race qui, résumant, corroborant l'un par l'autre, tous les témoignages, négligeant les minimes divergences pour ne se préoccuper que de la vérité, sut si bien la mettre en lumière, en une lumière aveuglante, qu'elle éblouit et fit des conversions jusqu'à Paris.

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



# BULLETIN

## RÉORGANISATION DU SERVICE DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS AU POINT DE VUE DE LA DÉSINFECTION ET DE L'ANTISEPSIE PROPHYLACTIQUE

M. le professeur Grancher vient de reprendre ses leçons cliniques après plusieurs mois d'interruption. Les causes qui ont motivé la suspension de son enseignement si goûté ont été exposées par lui, et nous les résumerons en quelques mots en attendant que nous puissions publier ses deux premières leçons, qu'il est préférable de ne pas scinder, car elles doivent se compléter réciproquement.

Depuis longtemps les médecins des hôpitaux d'enfants sont attristés par la constatation des cas de contagion intérieure, — rougeole et diphthérie surtout —, qui augmentent d'une manière lamentable la mortalité dans ces hôpitaux. M. Archambault a poussé il y a bien des années déjà un cri d'alarme, en disant que les enfants y meurent plus souvent des maladies qu'ils y contractent que de celles pour lesquelles ils y entrent. Dans la dernière séance de la Société des hôpitaux, M. Sevestre rapportait les résultats des tentatives qu'il a faites à l'hôpital des Enfants-Assistés, pour diminuer la contagion intérieure par rougeole et diphthérie ; l'isolement ne lui avait donné d'abord que des résultats insuffisants, tandis que la désinfection par l'étuve à 120° a été suivie des plus heureux effets.

M. Grancher a toujours été, depuis sa prise de possession du service de la clinique, préoccupé des moyens les plus efficaces à opposer à la multiplication des cas de contagion intérieure. L'enquête qu'il a poursuivie minutieusement, au moyen des statistiques de son propre service rapprochées des statistiques officielles de l'Administration, lui avait dès le commencement de l'année 1888 démontré qu'on avait fait fausse route en cherchant un remède à ce déplorable état de choses dans l'organisation de salles d'isolement pour les rougeoles, — isolement illusoire, d'une part, puisqu'un même personnel médical donnait ses soins aux isolés et aux autres malades, et dangereux, d'autre part, puisqu'il avait pour effet de créer un véritable foyer d'infection, où la maladie revêtait constamment ses formes les plus malignes.

M. Grancher avait donc formellement demandé à l'Hdministration de lui fournir les moyens de réorganiser son service sur les principes de la désinfection et de l'antisepsie préventive, grâce à un ensemble de mesures bien combinées qui permissent de ne plus recourir au système néfaste d'un iso-

lement impossible à réaliser. Ayant eu la satisfaction d'obtenir de l'Administration et du Conseil municipal ce qui était nécessaire pour son intéressante tentative, M. Grancher a donc fait exécuter dans son service, fermé pour cette raison depuis les grandes vacances, des travaux et un aménagement dont on connaîtra les détails par les cliniques que nous publierons prochainement.

Disons cependant dès aujourd'hui que, dans le service de la clinique tel que M. Grancher l'a réorganisé, les visiteurs, médecins ou étudiants, trouvent à l'entrée de chaque salle un vestiaire pourvu de blouses de toile comme celles qui sont en usage dans les services d'accouchement, et de nombreux lavabos avec solutions antiseptiques qui permettent de se désinfecter aussitôt après qu'on a examiné un enfant atteint de maladie contagieuse et avant de s'approcher d'un autre enfant. L'existence d'une maladie contagieuse dans un lit est signalée à l'attention de tous par une sorte de box ou grillage léger qui entoure le lit et, sans isoler le malade positivement, rappelle à chaque instant au personnel médical et infirmier la nécessité de se désinfecter rigoureusement aussitôt après avoir donné des soins à l'enfant qui est dans ce lit. Les lits et berceaux, faits sur un nouveau modèle, légers et faciles à démonter, peuvent être rapidement transportés tout entiers dans l'étuve à vapeur sous pression avec la literie, les linges et les jouets après le départ ou le décès du malade. Les parquets des salles, dont les interstices ont été rejointoyés avec une sorte de mastic spécial, peuvent être chaque jour lavés, comme les murailles, avec des solutions antiseptiques.

Cette prédominance accordée à la désinfection sur l'isolement, si mal réalisé jusqu'ici, découle logiquement de l'opinion de plus en plus admise que les germes pathogènes de la plupart des maladies infectieuses, notamment ceux de la rougeole et de la diphthérie, sont bien plus souvent, sinon toujours, transportés de l'individu malade à l'individu sain par les objets et par les personnes que par l'air atmosphérique.

Nous signalerons encore l'heureuse création de plusieurs chambres consacrées à la policlinique (maladies des yeux, des oreilles, de la peau, du système nerveux), et qui permettront de faire venir les malades du dehors sans les exposer, comme autrefois, à la contagion par promiscuité avec les malades en traitement dans les salles.

Les auditeurs de la leçon de M. Grancher ont témoigné, par leurs vifs applaudissements, combien ils étaient reconnaissants des efforts faits par le professeur pour rendre son enseignement de plus en plus fructueux et pratique. — P. L. G.

---

## Clinique de l'Hôpital Saint-Louis. — M. le Profr A. Fournier.

### La loi dite de Colles, loi de Baumès.

Messieurs,

Je vais vous exposer aujourd'hui les caractères de la syphilis par conception, de celle qui va du fœtus à la mère, et vous dire ensuite ce qu'il faut entendre par la loi de Colles.

La syphilis par conception a pour caractère spécial d'être une syphilis

décapitée, sans phénomène primaire, qui semble générale d'emblée. C'est une syphilis comme toutes les syphilis, moins le chancre.

L'entrée en scène est brusque, subite, inattendue et caractérisée par trois ou quatre signes principaux que l'on rencontre neuf fois sur dix : 1° la céphalée accompagnée d'un état nerveux assez accentué ; 2° les syphilides qui sont souvent érythémato-papuleuses ; 3° l'alopécie ; 4° quelquefois des plaques muqueuses gutturales. Le mal de tête, très violent, domine la scène.

Presque toujours ce début n'est pas remarqué et passe inaperçu. Pourquoi la jeune femme penserait-elle à la syphilis? Elle et sa famille rapportent les accidents à de tout autres causes. La céphalée est attribuée à la migraine, à une névralgie vulgaire ; la chute des cheveux, à la grossesse ; les plaques muqueuses anales, quand il en existe, à des hémorrhoïdes communes dans l'état de gestation. Il s'en suit que, le plus souvent, ce n'est que par la recherche des commémoratifs que le médecin aura connaissance de ces accidents.

Dans certains cas, la syphilis par conception est plus grave et s'annonce par des syphilides papuleuses, papulo-pustuleuses. Quelquefois, enfin, il s'agit d'une syphilis maligne précoce.

Sauf son début, cette syphilis est ordinaire, vulgaire. Il faut cependant bien la connaître, car, de cette connaissance, découlent deux enseignements pratiques. Le premier est relatif au mariage des syphilitiques. En effet, un mari syphilitique sans manifestations extérieures peut cependant être dangereux en tant que père de l'enfant qu'il peut engendrer ; on ne tient pas assez compte de ceci en pratique, car il en résulte que la syphilis peut se transmettre sans accidents tangibles. C'est là un danger réel, authentique, que nous devons connaître et que nous devons faire connaître aux malades.

En deuxième lieu, la doctrine de la syphilis par conception explique bien des obscurités de la syphilis chez les femmes.

Depuis longtemps, on sait que le chancre induré est rare chez elles. Il y a à cela des raisons bien connues auxquelles il faut en ajouter une, la syphilis par conception bien plus commune qu'on ne le dit et qu'on ne le croit généralement. Si on la dit rare, c'est par cette bonne raison qu'on ne s'en préoccupe pas, qu'on n'y croit pas. Quand on la cherche, on s'aperçoit qu'elle est fréquente. Actuellement on n'y croit que quand on ne peut pas n'y pas croire, quand on se trouve en présence d'un père syphilitique sans accidents et d'une mère syphilitique sans chancre.

La syphilis par conception est féconde en avortements. Alors elle ne peut pas être démontrée, car comment prouver la syphilis du fœtus? L'avortement peut être très précoce, avoir lieu à un mois, à quinze jours. Comment alors montrer la syphilis chez le fœtus? Cependant la syphilis par conception est déjà en évolution au trentième jour, quelquefois au vingt-unième, d'après Diday ; une femme qui avorte de bonne heure est donc déjà infectée. Osera-t-on quelquefois affirmer l'existence de cette forme de syphilis quand on ne trouvera qu'une fausse couche, cette dernière pouvant même passer inaperçue et la grossesse n'être pas soupçonnée?

Enfin il est une dernière cause qui fait méconnaître souvent la syphilis par conception, c'est qu'elle peut être *latente*. Il s'agit là de l'immunité singulière dont paraît jouir une mère vis-à-vis de son enfant syphilitique, il s'agit là de la loi de Colles ou mieux de Baumès.

Un phénomène en apparence extraordinaire s'offre parfois à nous : une mère, saine en apparence, allaitant un enfant syphilitique, n'est pas atteinte par la maladie de son enfant.

Je vais de suite vous rapporter un cas de ce genre. L'année dernière, un jeune ménage se présenta à notre consultation; la mère portait dans ces bras un enfant rendu hideux par les multiples lésions syphilitiques dont il était couvert. Le père avouait qu'il avait contracté la vérole deux ans avant le mariage et qu'il s'était mal traité. L'enfant, devenu malade presque aussitôt sa naissance, présentait surtout des plaques muqueuses extrêmement abondantes de la bouche, et sa mère le nourrissait. Eh bien, la jeune femme, examinée minutieusement, fut trouvée entièrement et absolument saine. Elle resta trois mois dans les salles et sortit quand son enfant fut amélioré, sans avoir elle-même présenté le moindre accident. Depuis ce temps, elle est revenue plusieurs fois nous voir et sa santé est toujours parfaite.

Ce n'est pas là un fait isolé, car les cas de ce genre pullulent dans la science, et ils peuvent tous se résumer de la manière suivante : un enfant naît syphilitique d'un père syphilitique, la mère est saine et elle ne prend pas la syphilis de son enfant atteint des lésions les plus contagieuses, tandis qu'une nourrice quelconque serait infectée même après un court contact.

Loin d'être exceptionnelles, les observations de ce genre sont la règle et il est très rare qu'un enfant syphilitique contagionne sa mère. La fréquence de la non-contagion l'a fait ériger en dogme, en loi, que l'on peut formuler de la manière suivante :

Une mère ne reçoit jamais la syphilis de son enfant, même affecté de lésions contagieuses, alors que cet enfant tient héréditairement la syphilis de son père.

Ou encore sous cette forme plus simple :

Un enfant né syphilitique, de par son père syphilitique, ne contagionne jamais sa mère.

La loi dit que la mère est réfractaire à l'hérédo-syphilis de son enfant; mais elle ne dit que cela. Elle ne dit pas qu'une mère ne reçoit jamais la syphilis de son enfant, ce qui se voit malheureusement trop souvent.

Qu'un enfant sain soit atteint par la syphilis vaccinale, il transmettra la maladie à sa mère; il en sera encore de même s'il est syphilitique de par une nourrice.

La loi ne vise donc pas la syphilis acquise. Cette loi, on l'appela du nom du médecin que l'on supposa l'avoir découverte le premier, Abraham Colles. Plus tard, on s'aperçut que l'on avait attribué à Colles plus et autre chose que ce qu'il avait dit. La revision des textes a démontré qu'il n'avait jamais eu cette conception que nous avons formulée plus haut. La véritable découverte appartient à Baumès, chirurgien de l'Antiquaille de Lyon en 1840; on peut en juger par son texte. Il n'est pas trop tard pour reconnaître l'erreur, et il faut rendre à un savant français ce qui lui appartient.

On doit d'abord se demander, dans l'étude de la loi, en vertu de quoi la mère peut rester indemne. Peut-on tenir compte d'une sorte d'idiosyncrasie personnelle en vertu de laquelle la jeune femme serait réfractaire? Mais cette résistance à l'inoculation, en la supposant admise, doit au moins être regardée comme très rare. En réalité, il n'y a pas à méditer bien longtemps pour trouver une hypothèse plausible qui est celle-ci : cette mère ne prend

pas la syphilis de son enfant, parce qu'elle-même a la syphilis, car il n'y a jusqu'ici qu'une seule manière de résister à la vérole, c'est de l'avoir déjà.

En clinique, on ne peut pas admettre que la syphilis puisse se doubler, et l'inoculation de la syphilis à des syphilitiques n'a jamais rien produit. Il y a donc lieu de croire que l'immunité de la mère n'est due qu'à ce que cette femme est elle-même syphilitique.

Ceci n'est qu'une induction, et il faudrait démontrer, par le moyen des inoculations, l'existence de cette syphilis présumée. Ou l'inoculation resterait stérile, et alors c'est que la femme aurait la syphilis, ou bien elle serait suivie de l'évolution de la maladie, ce qui prouverait qu'elle ne l'aurait pas.

Un grand nombre de raisons morales s'opposent à ce que l'on tente cette expérience démonstrative; elle a cependant été faite deux fois, et je vais vous rapporter les résultats obtenus.

La première tentative d'inoculation appartient à Gaspari, et fut faite par lui dans le cas suivant : Un homme de 40 ans, marié et ayant un enfant sain, contracta la syphilis. Il s'abstint de tout rapport avec sa femme et ne les reprit qu'après deux ans, alors qu'il ne présentait plus d'accidents. La femme s'observait, du reste, avec le plus grand soin. Sur ces entrefaites, étant toujours indemne, elle devint enceinte et avorta à six mois. Le placenta présentait des lésions que l'on regarda comme syphilitiques. Alors, avec le consentement de la femme, et pour savoir s'il fallait ou non lui donner du mercure, Gaspari lui inocula au bras gauche du pus pris sur les plaques muqueuses d'un homme non traité. Le résultat de l'inoculation fut complètement nul et il n'y eut ni lésion locale, ni infection.

La deuxième observation est due à Neumann. Une jeune femme sans accidents syphilitiques visibles allaitait son enfant, qui présentait des plaques muqueuses des lèvres. Ces plaques contagionnèrent la grand'mère, qui caressait et embrassait le bébé et qui présenta un chancre induré des lèvres suivi des symptômes caractéristiques. La mère continuant à aller bien, Neumann fit 16 inoculations dans l'espace d'un mois sur toutes les parties du corps et avec les sécrétions les plus virulentes, pus de chancres, de plaques muqueuses. Il ne se produisit rien pendant les 161 jours que la femme fut gardée en observation.

Voilà deux faits probants qui jugent la question. Les femmes résistent à la contagion, parce qu'elles sont syphilitiques; la réinoculation n'est pas plus possible chez elles que chez un syphilitique quelconque, et elles ne deviennent pas malades parce qu'on n'a pas deux fois la vérole. Cette explication simplifie tout et fait rentrer dans la règle commune un fait en apparence exceptionnel. La prétendue exception n'est plus qu'un cas particulier de la grande loi générale qui domine toute l'histoire de la syphilis, à savoir qu'elle ne se double pas sur l'organisme. La loi de Colles-Baumès ne fait donc que formuler un fait d'ordre commun.

Une mère syphilitique ne reçoit pas la syphilis de son enfant, parce que, pas plus chez elle que chez un malade quelconque, la syphilis ne peut se répéter.

Nous pouvons résumer toute cette discussion par les deux propositions suivantes :

1° Une femme d'apparence saine, mère d'un enfant qui a reçu héréditairement la syphilis de son père, n'a rien à redouter de cet enfant comme contamination syphilitique;

2° Et elle n'a rien à en redouter, parce qu'elle-même est en puissance de syphilis et, en conséquence, non susceptible de recevoir la vérole de nouveau.

P. C.

## BIBLIOTHÈQUE

Des conditions qui favorisent ou entravent le développement du fœtus. — Influence du père. — Recherches cliniques, par le docteur Felice La Torre. — Paris, Doin, 1888.

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur dans les développements qu'il consacre à l'étude de cet intéressant sujet.

La conclusion principale de ses recherches, conclusion qui s'appuie sur un très grand nombre d'observations, est la suivante :

De toutes les prétendues conditions admises jusqu'à ce jour comme aptes à favoriser ou à entraver le développement du fœtus, il n'en est pas une qui résiste et conserve une influence sérieuse en comparaison d'une maladie constitutionnelle du père.

Pour avoir des enfants forts et sains, il faut que le père soit fort et bien portant lui-même, la mère pouvant être petite et faible. Les mésalliances au point de vue de la santé amènent fatalement la dégénérescence du genre humain. — P. C.

## REVUE DES JOURNAUX

### JOURNAUX ITALIENS

**L'odorat chez les criminels**, par le docteur Salvatore Ottolenghi, assistant à la chaire de médecine légale dirigée à Turin par M. le professeur Lombroso. — Bien des conditions sont nécessaires pour parvenir à graduer cette sensatiou si spéciale de l'odorat. Humboldt a écrit que les sauvages, les Indiens d'Amérique ont l'odorat aussi délicat que les animaux, ce qui est bien possible. Volta, en 1792, a essayé de l'électricité pour augmenter à volonté cette sensibilité. Valentin et Clemens ont, les premiers, usé de diverses substances odorantes pour noter la force d'excitation qu'elles pouvaient avoir. En 1883, dans la *Gazette médicale*, nous avons trouvé un travail des plus fouillés, de Beaunis, sur le temps de réaction des sensations olfactives. Venturi a étudié spécialement l'odorat chez les fous; Nichols et Bailley, chez les femmes (*Revue scientifique*, vol. I, n° 6, 1887). Ce sens n'avait pas encore été l'objet d'études particulières chez les criminels. M. le docteur Salvatore Ottolenghi a comblé cette lacune. Ce n'est pas sans de grandes difficultés que l'on pouvait mener à bien cette curieuse expérience; car bien des causes d'erreur étaient possibles. L'auteur fit une sorte d'osmomètre composé de 12 solutions aqueuses d'essence de girofle en ordre croissant de concentratiou, contenues dans autant de flacons égaux, correspondant à 12 degrés divers de concentration. Les flacons furent placés sans ordre apparent et laissés aux nez requis pour en effectuer le classement; mais d'abord, au point de vue de la sensation olfactive simple, l'auteur avait recherché la puissance de ce sens en faisant respirer successivement et graduellement les 12 solutions, en passant d'un degré de force à un autre degré plus élevé.

L'examen porta sur 80 délinquants-nés, 50 hommes et 30 femmes, et sur 50 autres personnes ordinaires, 30 hommes et 20 femmes. Ces individus ne faisaient pas usage de tabac, n'avaient aucune altération des voies nasales, et n'avaient exercé aucune profession capable d'altérer leur odorat.

De ces expériences, l'auteur a tiré les conclusions suivantes :

1° Le sens olfactif est moins développé chez les criminels que chez les autres hommes;

2° Ce sens est un peu moindre chez les femmes que chez les hommes;

3° Chez les femmes criminelles, il est encore moindre que chez les autres femmes. (In *Giornale della R. academia di medicina di Torino*, nos 8, 9, 10, 11.)

**De la curabilité de l'hépatite interstitielle**, par M. le professeur SEMMOLA. (In *Il Progresso medico*, n° 1, janvier, n° 2.) — En 1879, M. le professeur Semmola démontrait le premier, dans un très remarquable mémoire présenté au Congrès médical d'Amsterdam, la possibilité de guérir l'hépatite interstitielle au moyen de la diète lactée rigoureusement maintenue. Les conclusions de ce travail absolument original furent reproduites dans le *Journal de thérapeutique* de Gubler (octobre 1879). Le savant clinicien a eu recours depuis à l'iodure de potassium à hautes doses, à titre d'adjuvant, et s'en est toujours parfaitement trouvé. Il croit que les iodures alcalins sont de puissants remèdes dans le traitement de tous les processus inflammatoires chroniques du tissu conjonctif, dans la première période; mais il pense qu'il faut toujours y associer la diète lactée, sans quoi la guérison est impossible.

Quatre nouveaux malades admis à la clinique du maître italien lui ont donné l'occasion de faire constater une fois de plus la puissance de sa méthode dans les différentes formes de la cirrhose et lui ont fourni le thème d'une excellente leçon où le distingué professeur a montré magistralement comment on devait entendre le mécanisme de cette curabilité.

**Cure de la chlorose grave par l'arsenic**, par le professeur DE RENZI ERRICO. — Après avoir rapporté l'histoire clinique complète de deux malades atteintes d'anémie pernicieuse progressive dont les formes multiples sont souvent si difficiles à bien saisir, M. le professeur de Renzi conclut :

1° Que, dans les chloroses graves, rebelles à tous les autres moyens, l'arsenic peut amener la guérison;

2° Que l'hémoglobine se réintègre par une cure arsenicale, par un traitement arsenical d'autant plus vite qu'il y a moins de globules rouges;

3° Qu'on doit donner l'arsenic à hautes doses; on peut ainsi arriver à donner facilement 30 gouttes de liqueur de Fowler en ayant soin de les donner en plusieurs fois et dans un volume assez considérable d'eau.

**Le pus vaccinal dans le traitement de la coqueluche**, par M. le docteur PESA CHERUBINO. (In *Riforma medica*, n° 7.) — On ne compte plus les médicaments qui ont été tour à tour vantés comme spécifiques de la coqueluche, et, de bonne foi, chacun de nous est bien forcé de reconnaître, après de nombreuses expériences, qu'il n'y a pas d'antidote certain contre la toux convulsive. Pour ma part, je n'ai tiré un bénéfice appréciable de tous mes essais qu'en faisant coucher mes malades dans une chambre où l'on avait brûlé du soufre et où l'atmosphère, quoique renouvelée, renfermait encore assez d'acide sulfureux pour tuer le microbe convulsivant de mes petits sujets.

M. le docteur Pesa a repris l'idée de Jenner, qui avait noté que les enfants vaccinés depuis peu de temps restaient préservés de la coqueluche, et que la vaccination d'un sujet non vacciné atteint de cette maladie avait pour effet immédiat d'en atténuer les manifestations et d'en diminuer la durée.

M. le docteur Pesa, dans sa thèse inaugurale soutenue sur ce thème en 1887, rapporte deux cas de coqueluche guéris en peu de temps par la vaccination. Deux cas, c'est peut-être bien peu pour conclure, mais, avec les idées nouvelles en bactériothérapie, on peut admettre la neutralisation des virus par d'autres virus, et l'on finira, ce n'est pas douteux, par trouver ainsi les moyens de nous préserver d'un grand nombre d'affections d'origine microbienne. — MILLOT-CARPENTIER.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 janvier 1889. — Présidence de M. LE DENTU.

SOMMAIRE : Fracture de la rotule. — Hystéropexie. — Ablation de l'astragale dans le pied-bot. — Plaie de l'abdomen par balle de revolver.

M. KIRMISSON présente un malade auquel il a pratiqué la suture de la rotule. Il s'agit

d'un homme âgé de 52 ans, qui se fractura la rotule dans une chute. Après l'emploi de la compression et de la griffe de Duplay, il se forma un cal fibreux que le malade se rompit dans une nouvelle chute. La suture fut alors pratiquée avec certaines difficultés, car on dut détruire les tissus fibreux qui joignaient les fragments les uns aux autres. La guérison fut rapide et, actuellement, l'opéré marche assez bien, quoique avec un peu de raideur.

M. Delens a fait la suture métallique pour une fracture datant de trois mois; le résultat fonctionnel n'a pas été bon, probablement à cause de l'atrophie musculaire.

M. Lucas-Championnière a fait la suture de la rotule dans trois circonstances différentes. Son premier malade, traité d'abord par la compression et l'extension, se fit une fracture itérative. On dut suturer tardivement et les résultats furent moins bons que dans les cas suivants.

Dans l'un de ces derniers, la suture fut faite le dix-septième jour et dans l'autre le deuxième. Les résultats sont d'autant meilleurs que l'opération, plus facile, est faite plus tôt; on a chance de prévenir ainsi l'atrophie musculaire, et il est facile de débarrasser l'articulation du sang et des caillots. La suture des fragments, après nettoyage de l'article, doit être considérée comme le meilleur traitement des fractures de la rotule.

Il est utile d'employer deux ou trois fils pour réunir les fragments; le cal osseux, ou du moins le cal fibreux solide, sont alors plus faciles à obtenir. L'opération est bénigne quand elle est faite avec toutes les précautions antiseptiques. Il y a des cas cependant où elle est contre-indiquée; c'est ainsi que M. Championnière ne l'a pas pratiquée chez deux malades qu'il soigne actuellement : l'un est un obèse d'une mauvaise constitution et l'autre est atteint de ramollissement cérébral.

M. Desprès a rappelé, dans une précédente séance, qu'il avait présenté trois malades avec un cal osseux produit sous l'influence de l'élévation et de la compression. La mort par une affection intercurrente a permis de vérifier le diagnostic dans l'un des cas.

Le cal osseux peut donc s'obtenir sans suture. Du reste, la complication immédiate de la fracture est l'hémo-hydarthrose que la compression simple peut guérir.

Les insuccès tiennent à des appareils mauvais ou mal appliqués, tandis que le résultat devient excellent quand le membre est suffisamment élevé et recouvert d'un bandage compressif qui l'entoure jusqu'à la racine de la cuisse. La guérison survient en cinquante jours. M. Desprès ne peut donc regarder la suture des fragments comme le traitement de choix des fractures de la rotule. Elle peut, par contre, être tentée quand on a affaire à des fractures itératives.

M. Kirmisson tient à constater qu'il ne faut tenter la suture qu'en présence de certaines indications au nombre desquelles se placent les cas de fractures itératives.

— M. Terrier communique une nouvelle observation d'hystéropexie pour prolapsus utérin accompagné de lésion des annexes. L'opération a été suivie de succès. On dut extirper du côté gauche une tumeur adhérente à la matrice et occupant le ligament large; elle renfermait du sang coagulé et un liquide puriforme. L'utérus fut fixé à la paroi par trois points de suture au catgut. L'opération fut faite le 21 décembre, et, le 17 janvier, la cicatrisation était complète. Le prolapsus ne s'est pas reproduit et la lèvre postérieure du col est à 4 centimètres de la vulve.

— M. Larger lit une note sur l'examen d'une tumeur de la queue du sourcil. Ces tumeurs, qui sont d'origine traumatique, sont souvent prises pour des tumeurs dermoïdes,, d'origine congénitale. Le malade qu'il a opéré avait fait une chute à l'âge de 5 ans, et il s'était produit une plaie au niveau de la queue du sourcil droit. Ce ne fut qu'à 32 ans que l'on s'aperçut, au niveau de la cicatrice de la plaie, de la présence d'une petite tumeur grosse comme une graine de lin; elle s'accrut peu à peu et atteignit le volume d'une petite olive. Pendant l'opération, on reconnut qu'elle était placée sous le muscle orbiculaire et très fortement unie au périoste. L'examen histologique montra que la production morbide était formée de tissu conjonctif sans papilles, sans poils ni matière sébacée.

M. Larger a recueilli dans le service de M. Périer un autre cas du même genre. Dans les deux faits, il s'agissait de tumeurs produites par la prolifération du périoste.

— M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. Le Bec relative à un cas de pied-bot varus équin avec enroulement de la plante du pied traité par l'ablation de l'astragale et celle du scaphoïde, et enfin la section sous-cutanée du tendon d'Achille et de l'aponévrose plantaire.

Le résultat excellent est en faveur de l'emploi de la tarsotomie postérieure dans le pied-bot varus équin ancien.

M. Lucas-Championnière regarde l'extirpation de l'astragale dans les pieds-bots comme donnant de très bons résultats de 12 à 14 ans et seule applicable à l'âge de 20 ans. La difficulté consécutive de la marche ne se voit que dans les pieds-bots d'origine paralytique. L'opération est facile et ne nécessite ordinairement qu'un seul pansement; il faut appliquer un appareil solide quand on permet la marche.

M. Berger considère aussi l'opération comme très bonne chez les enfants et les jeunes gens lors de pieds-bots invétérés. Quand il y a enroulement du pied, elle peut être insuffisante et il faut alors, outre l'ablation de l'astragale, faire la résection partielle du calcanéum.

M. Quénu regarde, ainsi que M. Lucas-Championnière, l'immobilisation immédiate comme inutile; il faut attendre la guérison de la plaie opératoire pour immobiliser.

M. Schwartz ne pense pas que l'on doive rejeter entièrement l'immobilisation. Il a préconisé dans sa thèse le moyen de combattre l'enroulement du pied dont a parlé M. Berger.

M. Le Dentu rappelle qu'il a présenté un malade auquel il avait enlevé l'astragale et ait la résection partielle du calcanéum et du cuboïde. Le résultat est très bon.

M. Berger communique deux faits de plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver.

Dans le premier cas, il ne put faire la laparotomie que dix heures après l'accident, la malade présentant déjà des vomissements fécaloïdes. Il trouva de nombreuses perforations sur l'intestin grêle et le gros intestin et, après avoir suturé les plus petites, dut pratiquer un anus artificiel. La blessée mourut quatre heures plus tard. Les sutures étaient parfaitement étanches et aucune perforation n'avait échappé aux recherches.

Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une jeune femme qui s'était tiré un coup de revolver dans la région de la neuvième côte gauche. Bien qu'on eût cathétérisé la plaie en ville, le repos, la glace et les opiacés amenèrent la guérison.

M. Nélaton, dans un fait de perforation de l'intestin par un couteau, pratiqua la suture et le malade guérit.

Deux autres cas concernent des plaies par balles de revolver; les malades sont morts l'un de septicémie, l'autre de péritonite; la laparotomie avait été faite dans les deux cas. M. Nélaton insiste sur ce que la péritonite peut être très rapide et qu'il ne faut pas attendre qu'elle se montre pour opérer.

M. Reclus présente des fragments provenant d'une opération suivie de guérison pour épilepsie traumatique.

— M. Chaput présente un malade amputé du pied par un procédé nouveau.

Thèses pour le doctorat soutenues devant la Faculté de médecine de Bordeaux pendant les mois de novembre et décembre 1888.

Portel : Contribution à l'étude du traitement des fractures des membres par les appareils en zinc laminé du docteur Raoul Deslongchamps. — Mestayer : Traitement raisonné de la diarrhée de Cochinchine. — Chauvreau : Les tics coordonnés avec émission brusque et involontaire de cris et de mots articulés. — Gourmaud : Contribution à l'étude

du cancer latent de l'estomac. — Marchandou : Obock et son territoire, sa fièvre. — J. Garnier : Des manifestations gastriques, intestinales et gastro-intestinales du paludisme. — Darius-Sévère : Contribution à l'étude de la fièvre dite « bilieuse inflammatoire des pays chauds ». — Pauvert : Contribution à l'étude de la thermométrie dans la pathologie infantile. — Ardeber : Etude sur le traitement de la chorée par l'antipyrine. — Blanc : Contribution à l'étude des dermatoses rhumatismales. — Rouchaud : De l'intervention chirurgicale dans le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — Faivre : Contribution à l'étude des injections hypodermiques et parenchymateuses d'acide phénique. — Houdart : Contribution à l'étude thérapeutique de melaleuca viridiflora (Niaouli). — De Guénin : Etude sur le service municipal de la vaccination à Bordeaux. — Merget : Action toxique, physiologique et thérapeutique des vapeurs mercurielles ; recherche du mercure dans les liquides et dans les tissus de l'organisme.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Académie royale de médecine de Belgique. — *Programme des concours* 1888-1889. — 1° Etablir et discuter les moyens de diagnostic différentiel des tumeurs du ventre.

Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 15 mars 1889.

2° Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie et de son traitement ; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes.

Prix : 600 francs. — Clôture du concours : 15 mars 1889.

3° Faire connaître, en s'appuyant sur des recherches personnelles et inédites, une méthode exacte et facilement réalisable pour le dosage des alcaloïdes dans les substances médicamenteuses et dans les préparations pharmaceutiques.

Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1889.

4° Déterminer par de nouvelles recherches le mode de formation des globules rouges et blancs du sang.

Prix : 500 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1890.

5° *Prix fondé par le docteur da Costa Alvarenga.* — Aux termes du testament de M. Alvarenga, « l'intérêt capital constituera un prix annuel qui sera appelé : *Prix d'Alvarenga, de Piauhy* (Brésil). Ce prix sera décerné, à l'anniversaire du décès du fondateur, à l'auteur du meilleur mémoire ou ouvrage inédit (dont le sujet sera au choix de l'auteur) sur n'importe quelle branche de la médecine, lequel ouvrage sera jugé digne de récompense, après que l'on aura institué un concours annuel et procédé à l'examen des travaux envoyés selon les règles académiques.

« Si aucun des ouvrages n'était digne d'être récompensé, la valeur du prix serait ajoutée au capital. »

Prix : 700 francs. — Clôture du concours : 15 décembre 1889.

*Conditions du concours.* — Les membres titulaires et les membres honoraires de l'Académie ne peuvent point prendre part aux concours.

Les mémoires, lisiblement écrits en latin, en français ou en flamand, doivent être adressés, *francs de port,* au secrétaire de l'Académie, à Bruxelles.

Sont exclus des concours :

1° Le mémoire qui ne remplit pas les conditions précitées;

2° Celui dont l'auteur s'est fait connaître directement ou indirectement ;

3° Celui qui est publié, en tout ou en partie, ou présenté à un autre corps savant.

L'Académie exige la plus grande exactitude dans les citations, ainsi que la mention de l'édition et de la page du texte original.

Le mémoire de concours et le pli cacheté dans lequel le nom et l'adresse de l'auteur sont indiqués doivent porter la même épigraphe.

Le pli annexé à un travail couronné est ouvert par le président en séance publique.

Lorsque l'Académie n'accorde qu'une récompense à un mémoire de concours, le pli

qui y est joint n'est ouvert qu'à la demande de l'auteur. Cette demande doit être faite dans le délai de six mois. Après l'expiration de ce délai, la récompense n'est plus accordée.

Le manuscrit envoyé au concours ne peut pas être réclamé; il est déposé aux archives de la Compagnie. Toutefois l'auteur peut, après la proclamation du résultat du concours, faire prendre copie de son travail.

L'Académie accorde gratuitement à l'auteur du mémoire dont elle a ordonné l'impression cinquante exemplaires tirés à part et lui laisse la faculté d'en obtenir un plus grand nombre à ses frais.

*Le secrétaire de l'Académie,*

Dr W. Rommelaere.

## COURRIER

Association générale des médecins de France. — L'assemblée annuelle de l'Association, qui devait avoir lieu le 28 avril 1889, est retardée de deux semaines à cause de l'Exposition; les séances se tiendront le dimanche 12 et le lundi 13 mai.

Une Ecole de médecine navale a Bordeaux. — Le bruit de la démission de M. Pitres, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, courait ces jours derniers à Paris. Cette démission était motivée, disait-on, par les lenteurs excessives apportées à l'aménagement des locaux et des laboratoires de la Faculté et qui rendaient à peu près impossible le travail des élèves.

Nous avons demandé des renseignements à notre correspondant de Bordeaux, qui nous écrit ce qui suit :

« M. Pitres avait été nommé doyen pour une période de cinq années quelques jours avant la promulgation du décret du 28 février 1885, lequel accorde aux Facultés un droit de présentation, dont elles ne jouissaient pas auparavant, et limite à trois ans la durée des fonctions du doyen.

« Lorsque ce décret parut, M. Pitres consulta l'Assemblée de la Faculté qui confirma le mandat dont il venait d'être investi par le ministre.

« Mais, après trois années écoulées, et après l'insuccès de ses démarches dans la question de l'Ecole de santé militaire, notre doyen crut devoir rentrer sous la loi commune et se soumettre à des élections régulières. La Faculté l'a présenté à l'unanimité au choix du ministre, ainsi que le Conseil général des Facultés.

« Devant ce témoignage de confiance et de sympathie de tous ses collègues, M. Pitres a repris la direction de notre Faculté en attendant la décision du ministère qui sanctionnera évidemment le vote des professeurs et du Conseil général des Facultés.

« Voilà toute l'histoire de cette démission et des élections auxquelles elle a donné lieu. Tout ce qu'on peut dire à Paris en dehors de cela est inexact. »

Tous ceux qui connaissent M. le professeur Pitres ne peuvent que féliciter, comme nous le faisons ici, les professeurs de la Faculté de Bordeaux de ce renouvellement du témoignage de leur confiance à leur très sympathique doyen.

Et puisque l'insuccès de ses démarches relativement au siège de la nouvelle école de santé militaire a, bien à tort, mais par un sentiment qui lui fait honneur, inspiré à M. Pitres son projet de démission, nous nous permettrons, à cette occasion, de nous faire l'écho d'une idée que nous avons entendu émettre par des personnes très autorisées et assez haut placées.

« Bordeaux, nous disait-on, n'offrait manifestement pas des ressources scientifiques et hospitalières comparables à celles de Lyon pour une grande école de santé militaire ; mais cette ville est tout à fait indiquée pour devenir le siège de l'école de médecine navale que l'on parle de créer. Sa situation de port de mer très important serait, dans l'espèce, un avantage considérable qui s'ajoute aux ressources scientifiques incontestables dont dispose cette grande cité. Pour l'Ecole de santé militaire, c'était insuffisant ; mais pour une Ecole de médecine navale, ce serait plus que suffisant, sans compter que

le local disponible, et qui fut offert au ministre de la guerre, est tout simplement admirable. »

A la ville de Bordeaux d'aviser. (*Bull. méd.*)

— On vient de faire la statistique de la consommation du tabac en Europe. La proportion trouvée est d'un peu plus d'un kilo par chaque habitant. Le pays qui consomme le plus est la Hollande avec une moyenne de trois kilos et demi par tête. Puis viennent l'Autriche, le Danemark, la Suisse, la Belgique, l'Allemagne, la Norwège, la France, la Suède, l'Espagne, la Grande-Bretagne, l'Italie, et enfin la Russie, qui arrive bonne dernière. Tous ces Etats, sauf la Hollande, sont cependant surpassés par les Etats-Unis, où l'on consomme plus de deux kilos de tabac par habitant. Enfin les pays qui tirent le plus de revenus de la vente du tabac sont : la France, l'Angleterre, l'Autriche, l'Espagne et l'Italie.

Association médicale mutuelle. — L'assemblée générale de l'Association fondée par notre excellent confrère Gallet Lagoguey aura lieu le dimanche 10 février, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, à trois heures très précises.

*Ordre du jour* : 1. Vote pour l'admission définitive des confrères provisoirement admis et proposés à l'unanimité par le Conseil. — 2. Allocution du président. — 3. Rapport du secrétaire général. — 4. Rapport du trésorier. — Approbation des comptes. — 5. Election du bureau.

(Messieurs les membres honoraires sont éligibles à toutes les fonctions).

N. B. — Ainsi qu'il a été décidé à la dernière Assemblée générale, le trésorier sera, de deux heures et demie à trois heures, à la disposition des associés qui voudront faire des versements anticipés.

Laboratoire de chimie et de micrographie médicales (7, rue des Saints-Pères, 7.) — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, etc., commencera, le 11 février 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les étudiants en médecine aux manipulations chimiques et aux examens microscopiques les plus usuels, que nécessite la profession médicale.

Ce cours comprend particulièrement :

1° L'étude chimique et microscopique des urines, des calculs, des sédiments urinaires et des kystes ;

2° La technique microscopique, applicable à la recherche des bacilles pathogènes, ainsi qu'à l'examen des parasites et helminthes de l'homme ;

3° Les recherches chimiques et microscopiques de l'eau potable, du lait, du vin, des colorants interdits au point de vue de l'hygiène, du sang, des taches, et de quelques substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

S'inscrire à l'avance, de trois à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Le traitement d'Œrtel dans les maladies du cœur.

Le traitement des cardiopathies par la méthode d'OErtel, dont nous avons déjà parlé ici même l'année dernière, n'a guère été étudié d'une façon sérieuse qu'en Allemagne.

Le professeur Lichtheim a résumé, dans une communication faite au Congrès médical de Wiesbaden, la plupart des objections que l'on pouvait diriger contre elles. Lichtheim établit d'abord qu'il y a un besoin pressant de préciser plus exactement les indications de la nouvelle méthode et que l'emploi inconsidéré de celle-ci crée de nombreux dangers.

OErtel admet qu'il y a disproportion, dans les maladies du cœur non compliquées, entre les quantités de liquides ingérées et celles éliminées; il en résulte une pléthore hydrémique que l'on doit tout d'abord combattre en réduisant la quantité des boissons. Cette augmentation du volume total du sang influence-t-elle le travail du cœur? Ni Basch, ni Lichtheim ne l'admettent. De plus, il n'est pas prouvé que la différence entre la quantité de l'urine et celle du liquide ingéré s'accumule dans le corps, car alors ce dernier devrait augmenter rapidement de poids. Ce liquide en déficit peut être retrouvé dans l'accroissement de l'élimination insensible qui, par exemple, est augmentée beaucoup dans la dyspnée.

Schwendle a recherché la quantité du sang dans les maladies du cœur non compensées et l'influence sur celles-ci de la limitation des boissons; il prenait du sang veineux avec une seringue de Pravaz. D'après lui, dans les maladies non compensées, la concentration du sang ne se tient nullement au-dessous de la normale; chez les hydropiques, elle est souvent très augmentée. En limitant beaucoup les liquides chez un individu sain, on n'augmente pas, en moyenne, la concentration du sang de 2 p. 100; le chiffre le plus élevé trouvé est 3 p. 100; dans les maladies du cœur non compensées, la diminution des boissons n'eut pas plus d'influence. Elle en eut même beaucoup moins lors d'hydropisie, parce que cette dernière rétrocédait rapidement par la diète. De tout cela, on peut conclure que les oscillations de la quantité du sang varient si faiblement dans toutes les circonstances, que leur influence sur l'activité du cœur ne peut entrer en ligne de compte.

En conseillant la cure de terrain, un des buts de OErtel était de combattre la pléthore aqueuse par l'élimination sudorale; ce point laissé de côté, le traitement est encore dirigé contre la distribution anormale du sang, afin de remplir le système aortique et d'évacuer le système veineux. La circulation ne peut être régularisée par un apport plus grand de sang au cœur que si ce dernier peut encore réagir suffisamment; dans ce cas, le

sang circule en plus grande quantité et contre une pression plus forte. Or à l'état normal, la réaction du cœur a sa limite et il peut se *forcer*; cette limite, cela est évident, sera bien plus rapidement atteinte à l'état pathologique, lorsque l'organe ne suffit déjà plus à la circulation à l'état de repos.

Dans les phénomènes que l'on est habitué à regarder comme caractérisant les maladies du cœur, la lésion qui joue le plus grand rôle, lésion souvent secondaire, c'est la dilatation des cavités et spécialement celle des ventricules. Cette dilatation relève de tout ce qui élève la pression intra-cardiaque, de tout ce qui diminue la résistance de la paroi ventriculaire.

Il est une maladie du cœur très importante; c'est une hypertrophie qui est causée par les excès dans le boire et le manger, par l'abus de l'alcool et par le manque d'exercice physique. Les malades souffrent souvent en même temps d'obésité et de cœur gros, souvent aussi d'artério-sclérose précoce. Cette hypertrophie a été attribuée à une pléthore persistante et à une augmentation du travail du cœur et de la pression intra-cardiaque. Or, cette pléthore est absolument hypothétique et on pourrait plutôt admettre, pour expliquer la maladie, qu'il s'agit d'une diminution de la force de résistance du muscle, d'un manque de nutrition de celui-ci, suite de la distribution mauvaise du sang causée elle-même par une hypérémie habituelle des vaisseaux abdominaux.

Le danger dans toute cardiopathie est la dilatation des cavités et il faut rejeter du traitement tout ce qui pourrait la provoquer; cela est encore plus important dans ces formes de maladies du cœur dont la genèse laisse supposer un manque de résistance du muscle cardiaque. Le traitement par l'ascension des montagnes porte en lui ce danger et de temps en temps, après ce traitement, des malades succombent rapidement.

Cependant Œrtel a montré qu'avec l'habitude les dangers de l'ascension des montagnes diminuent, que l'augmentation de la pression artérielle, qui au début est très considérable, diminue peu à peu pour disparaître à la fin. Pour expliquer ce fait, il admet que l'augmentation de la pression du sang est causée par la forte réplétion du système aortique et que la dilatation simultanée des artères de la grande circulation la compense plus ou moins complètement. Cette dilatation compensatrice du système artériel cesse peu à peu et enfin empêche l'augmentation de la pression sanguine. Lichtheim n'admet pas cette explication et ne croit pas qu'on puisse invoquer comme preuve de sa réalité, ainsi que le fait Œrtel, la dilatation de l'artère temporale. Il croit que, s'il y a dilatation des vaisseaux de la peau et des muscles, il existe un rétrécissement des autres, causé par l'augmentation de l'acide carbonique par le travail musculaire. Comme cette quantité d'acide carbonique diminue en même temps que l'effort d'innervation employé, avec l'habitude on observe cette diminution même pour un travail identique.

D'autre part, il est évident que dans l'exercice prolongé le mouvement du corps peut accélérer l'évacuation du système veineux par massage direct des veines pendant que la cessation d'augmentation de pression diminue le danger de la dilatation du cœur.

L'intensité de la dyspnée indique le moment où la méthode devient dangereuse.

Pour Lichtheim, la méthode de traitement convient moins souvent aux malades d'hôpital qu'aux malades de la clientèle. Cela dépend de ce fait, que les maladies du cœur dans lesquelles la cure d'Œrtel exerce son action sont très rares à l'hôpital. C'est, en effet, dans les cardiopathies dépendant

de l'excès du boire et du manger avec défaut d'exercice que la méthode est souveraine quand la maladie n'est pas trop avancée. Même, dans ces cas, le traitement a ses contre-indications, on les trouve dans la dilatation et les troubles de compensation très marqués.

Dans les autres catégories de dilatation idiopathique du cœur la méthode échoue complètement bien que certains de ces facteurs puissent être utiles. La privation des liquides, par exemple, est utile dans les hydropisies. Quelquefois cette privation entraîne l'augmentation des urines, mais pas autant qu'OErtel l'a dit et pas chez les hydropiques.

D'autre part, la privation des liquides peut être nuisible, puisque l'albuminurie ne peut être causée par elle comme on l'avait dit.

Pour les troubles graves de compensation, il faut rejeter la plus grande partie du traitement et s'occuper avant tout des hydropisies qu'il faut combattre avant de chercher à influencer la répartition du sang par la gymnastique. Au contraire, un mouvement corporel régulier est très utile quand la compensation est conservée et surtout quand il n'y a jamais eu de troubles. OErtel a eu le mérite d'attirer l'attention sur l'utilité de l'exercice chez les cardiaques.

Dans sa réponse, OErtel a résumé lui-même de la manière suivante les observations présentées par Lichtheim.

1° Le traitement d'OErtel est souverain dans les formes de maladies chroniques du muscle cardiaque qui sont dues aux excès du boire et du manger et au manque d'exercice.

2° Dans les maladies du cœur qui sont causées par l'influence prolongée d'efforts musculaires exagérés ou dans celles qui proviennent d'une augmentation de la dilatation par d'autres influences, la méthode d'OErtel n'est en elle-même et par elle-même d'aucune action. Les efforts musculaires sont tolérés seulement d'une façon modérée et seulement avec une compensaiion passable. Ils ne doivent pas causer de dyspnée exagérée.

3° Le traitement médicamenteux est l'essentiel dans les troubles de compensation proprement dit; le diétético-mécanique ne sert ici de rien; par son action sur la résorption des hydropisies, le traitement d'OErtel peut seulement favoriser essentiellement l'action du traitement médicamenteux, mais non le remplacer.

4° Pendant la période de compensation intacte, le traitement diététicomécanique est légitime, et, en l'employant avec mesure, il peut être utile.

Ainsi que le fait remarquer OErtel, la divergence de ses vues avec celles de Lichtheim porte surtout sur une question de degré et elle provient pour lui de ce qu'ils n'ont pas expérimenté sur les mêmes malades. Lui-même est fort loin de prétendre qu'il faille soumettre tous les troubles de compensation à son traitement et reconnaît l'utilité des médicaments dans les cas avancés avec hydropisies.

Il va cependant plus loin que Litchtheim et regarde comme possible une rétrocession des troubles de compensation par la cure de terrain pour des malades chez lesquels on a regardé le succès comme impossible.

Quand les troubles de compensation sont très avancés dans les lésions valvulaires, les phénomènes subjectifs ou objectifs, le degré suivant lequel le malade supporte les mouvements actifs, l'importance de l'albuminurie et l'état général des forces font reconnaître en peu de jours si le traitement diététique est indiqué ou non.

Bamberger, dans 31 cas de lésions valvulaires anciennes ou récentes,

avec troubles de compensation commençant ou nettement développés, a trouvé une augmentation des éléments figurés du sang, du poids spécifique et des éléments solides. Il arrive à cette conclusion que, dans les lésions valvulaires non compensées, il n'y a pas d'accumulation d'eau dans le sang qui stagne dans les veines; Lichtheim est arrivé à la même conclusion et en infère que la diminution de l'absorption des liquides ne peut être d'aucun avantage.

Œrtel répond que tout d'abord les cas qu'il a observés sont très différents. Les cardiaques avancés qui entrent à l'hôpital pour y succomber bientôt,et ceux qu'il soigne ne sont pas comparables.

Comment Bamberger explique-t-il les altérations du sang qu'il a constatées? Il admet que la cause de l'épaississement du sang réside dans la surcharge persistante du système veineux, dans la stase consécutive du courant de la lymphe et dans les hydropisies qui se produisent à la fin. On ne peut admettre que l'épaississement du sang ait été produit par une augmentation de l'élimination d'eau par les reins, la peau ou le poumon; la sécrétion des premiers est en effet diminuée, et l'élimination, par les seconds, est trop peu considérable. Il y aurait tout simplement une hydropisie latente que nous ne pouvons démontrer par nos méthodes d'examen parce que la plus grande partie du transsudat est encore entraînée par la lymphe, mais qui peut rapidement se manifester d'une manière tangible. Dans ces cas, l'obstacle circulatoire consiste non plus dans la teneur anormale en eau de la masse du sang qui stagne dans les veines, mais dans le système capillaire qui est comprimé par la quantité d'eau qui déborde et est chargé en même temps du poids anormalement élevé de la colonne de sang veineux.

Œrtel croit que, en comparant la quantité des liquides ingérés et celle de l'urine, les reins étant supposés sains, on a un élément suffisant pour juger un cas donné au point de vue diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Si, dans un cas de non compensation ancienne d'une lésion valvulaire et de trouble circulatoire avancé avec ou sans œdème appréciable, non seulement il n'est pas éliminé plus d'urine, mais qu'une diminution très notable d'urine par rapport à l'ingestion des liquides soit obtenue, le cas doit être considéré comme peu convenable pour un traitement diététicomécanique et son pronostic doit être en général défavorable.

Au contraire, si après la diminution de l'ingestion des liquides il survient une augmentation de la diurèse, on doit non seulement conclure à une accumulation anormale d'eau dans le corps, mais aussi attendre un résultat favorable du traitement.

D'un autre côté, l'état des forces et l'état général peuvent contre-indiquer le traitement mécanique.

Tœnnissen, chez deux cardiaques, après l'action de la digitale, a constaté la diminution de la quantité des globules qui était augmentée auparavant. Une augmentation relative de l'eau ne peut s'expliquer après l'action du médicament, qu'en admettant qu'avec le rétablissement d'une force cardiaque suffisante, il est jeté plus de sang dans le système de l'aorte, que la stase est combattue et qu'un équilibre a lieu entre les systèmes artériel et veineux. L'action est ici analogue à celle qui se produit à la suite des mouvements d'ascension, grâce auxquels le cœur puise de plus grandes quan-

tités de sang dans l'aorte; de là, élévation de la pression du sang et dilatation des artères.

OErtel entend par élongation du cœur un élargissement de l'organe, tel que les limites de son élasticité soient dépassées; si ces limites ne le sont pas, il y a une tension de la paroi du cœur, qui agit comme excitante de l'élasticité et « forme une irritation pour le dégagement d'impulsions motrices ».

Les observations cliniques font distinguer deux sortes de cas qui diffèrent dans leurs phénomènes et dans leur marche : dans les uns, une élongation et un relâchement considérable des forces du muscle cardiaque précèdent l'hypertrophie compensatrice; dans les autres, celle-ci s'est développée en même temps que les lésions valvulaires. A cette dernière classe appartiennent tous les cas assez fréquents dans lesquels, après cessation d'un processus endocarditique méconnu, il n'existe aucun trouble appréciable du côté des appareils de la circulation et de la respiration.

Si maintenant par le mouvement de la marche et l'ascension on fait couler vers le cœur une quantité de sang un peu plus grande d'une façon temporaire et rhythmique, celui-ci reçoit des impulsions qui ont pour résultat une contraction plus forte par tension et non par élongation de la paroi cardiaque. Par l'augmentation plus ou moins prolongée de l'activité du cœur, il est fourni ainsi un apport nutritif plus considérable, un accroissement et une multiplication des éléments musculaires, et il surviendra de nouveau un moment où le cœur sera en état de supporter l'augmentation de travail causée par le mouvement de marche et d'ascension avec sa force de travail habituelle sans le secours de la force de réserve.

Lichtheim a proposé d'utiliser le développement de la dyspnée pour mesurer la durée du mouvement d'ascension; OErtel conseille d'exécuter les mouvements de marche et d'ascension seulement avec une respiration régulière et de s'arrêter à de courts intervalles pour faire de profondes inspirations, appuyé sur un bâton. Il maintient que toutes les artères sont dilatées et remplies dans les ascensions, et le démontre à l'aide du sphygmographe et du sphygmomanomètre. L'augmentation de la sécrétion urinaire, malgré la sécrétion sudorale dans le mouvement d'ascension, montre que les artères internes conduisent plus de sang. Ce que Lichtheim appelle accoutumance, c'est le relâchement physiologique de la paroi des artères par l'augmentation de la pression du sang pendant le mouvement d'ascension quand celui-ci est exécuté pendant longtemps.

OErtel ne peut limiter l'emploi de sa méthode aux cas de maladies cardiaques qui proviennent de troubles nutritifs à la suite de supernutrition, ni aux cas de lésions valvulaires avec compensation suffisante. Les résultats du traitement du muscle cardiaque insuffisant dans les lésions valvulaires, réfutent ces conclusions. La méthode peut nuire quand elle est mal dirigée, mais il en est de même de la médication par la digitale et d'autres médicaments.

En Amérique, Hammond (Société de neurologie de New-York, 4 décembre 1888) a appliqué le traitement lors de faiblesse musculaire du cœur sans dilatation, ni lésion valvulaire. Il conseille dans les ascensions de surveiller le cœur et de suspendre quand il y a une accélération de quinze degrés par minute.

En France, le docteur Ch. Eloy a étudié le traitement d'OErtel (*Gaz. hebd.*, 1888, 38.) Après nous avoir montré que quelques-unes des idées du clinicien

allemand se trouvaient dans Stokes et Corrigan, il écrit ensuite : « L'emploi des exercices physiques dans les cardiopathies valvulaires est injustifiable si la lésion est compressée, puisqu'il provoque l'encombrement vasculaire et prépare l'asystolie. » Ce jugement nous semble un peu sévère et du reste M. Eloy reconnaît plus loin que proscrire la mécanothérapie de parti pris serait une pusillanimité En fait, tous les raisonnements du monde, unis aux plus savants renvois bibliographiques, ne vaudront jamais quelques observations bien prises.

Nous ne saurions mieux terminer qu'en citant les lignes suivantes de M. Dujardin-Beaumetz (*L'hygiène thérapeutique*, p. 46) : « Il faudra mettre une graduation prudente et un entraînement bien entendu dans l'emploi de tous ces moyens. La gymnastique suédoise, les marches graduées, les ascensions faites d'une façon méthodique et progressive, pourront rendre quelques services; mais vous devrez toujours tenir en grande observation vos malades et examiner le résultat de ces exercices sur le cœur et la circulation en général.

Paul Chéron.

---

## Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1888.

Lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 janvier 1889

Par le docteur Jules Christian, secrétaire général.

Messieurs,

Je suis tenté de croire que les Sociétés savantes n'échappent pas à la loi commune, qui veut qu'aux années d'abondance succèdent les années de disette; et cette réflexion m'est venue en comparant notre activité pendant l'année 1887 avec celle de l'année qui vient de finir. Tandis qu'en 1887 nous avons reçu neuf membres titulaires nouveaux, je n'ai, pour 1888, à souhaiter la bienvenue à personne. Et, quand vous sera distribué le *Bulletin* de cette dernière année, il sera loin, vous le verrez, de l'ampleur que possède celui de 1887.

Mais je ne veux pas commencer par des paroles de découragement; la disette dont je me plains n'a été que relative. Nos séances n'ont jamais manqué de sujets intéressants; il s'est toujours trouvé de quoi les alimenter.

Un certain nombre de communications nous ont été faites par quelques-uns de nos membres correspondants; nous devons souhaiter qu'elles deviennent plus nombreuses et plus fréquentes, afin qu'elles resserrent les liens qui nous unissent.

M. Colombe (de Lisieux) nous a adressé d'abord une observation curieuse par sa rareté : Un domestique de ferme, âgé de 36 ans, robuste et bien portant, tombe d'une hauteur de 3 mètres 50 environ. Outre un certain nombre de contusions et de plaies sans gravité, il se luxe trois doigts : les phalangines de l'annulaire et du médius à la main droite, la phalangine de l'index à la main gauche; les trois luxations étaient en arrière. La réduction fut des plus simples, et la guérison survint rapidement.

Plus tard, M. Colombe nous a fait part d'un cas de *polydactylie* observé dans une même famille avec une fréquence singulière, preuve nouvelle que cette anomalie tient à une transmission héréditaire.

Un autre de nos correspondants, M. Pinteaud-Désallées, dont vous avez souvent pu apprécier les travaux, nous a envoyé le récit d'une *opération césarienne*, pratiquée à la campagne, dans les plus détestables conditions opératoires, sur une jeune femme rachitique; il put sauver la mère et l'enfant.

M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand) nous a lu, à l'appui de sa candidature, une observation de syphilis inoculée à une nourrice par un enfant infecté, avec cette

particularité rare, que la syphilis héréditaire ne se manifesta chez le nourrisson que quatre mois après la naissance; il eût été difficile de prévoir et de prévenir la contagion. Mais une question se pose : que faire des malheureux enfants qui apportent en naissant une maladie contagieuse, telle qu'on ne saurait leur donner une nourrice? M. Fredet pense que les administrations hospitalières devraient posséder des chèvres nourrices.

M. Dubrisay, dans le rapport qu'il a fait sur le travail de M. Fredet, nous a rappelé que, depuis 1878, il existe aux *Enfants-Assistés* de Paris, une nourricerie créée sous l'inspiration de Parrot, qui, d'abord composée de chèvres et d'ânesses, n'a plus actuellement que des ânesses. Avec les chèvres, la mortalité des enfants avait été de 30 p. 100, tandis qu'avec les ânesses elle est rapidement tombée à 26 p. 100. L'idée de M. Fredet est donc réalisée, et elle donne des résultats si encourageants qu'il importe de l'étendre et de la généraliser.

Un membre associé étranger, qui occupe dans son pays une haute situation bien méritée, M. le docteur Moncorvo (de Rio-Janeiro), nous a envoyé une étude sur le *strophantus*. Des expériences qu'il a faites de concert avec le docteur Ferreira, un autre de nos associés, il conclut que le strophantus est un médicament cardiotonique et diurétique. Le *strophantus* a été, depuis plus de vingt ans, l'objet d'une telle quantité de travaux, qu'à eux seuls ils formeraient une bibliothèque ; il n'est que juste de rappeler qu'en France M. Polaillon est l'un des premiers qui l'aient expérimenté. Et cependant nous ne savons encore rien de définitif sur ce mystérieux poison. Un thérapeutiste distingué disait même récemment que « le strophantus appartient à cette catégorie des « remèdes mal connus, que l'on se fatigue d'étudier ; plus on l'étudie, moins on semble « le connaître. »

M. Bédoin, médecin militaire, un de nos membres correspondants déjà anciens, a rappelé notre attention sur un procédé de pansement au papier non collé, dont il se croit l'inventeur. C'est un moyen économique à ajouter à ceux que nous connaissions déjà. Mais ici M. Bédoin avait été précédé par l'instinct populaire ; le papier brouillard, l'étoupe, les toiles d'araignée, ont été employés, faute de mieux, bien avant que les médecins en aient signalé les avantages.

Pour terminer la part qu'ont prise dans nos travaux nos membres correspondants, il me reste à vous signaler le livre de M. Dechaux (de Montluçon), le *traitement du croup par la saignée*. M. de Beauvais vous a fait l'analyse de cet ouvrage, et vous a montré quelle foi robuste M. Dechaux avait gardée à ses premiers maîtres. Il y a dans sa méthode comme un écho lointain des leçons de Broussais. Mais, dût-il avoir des succès, quel est le médecin qui, aujourd'hui, oserait appliquer au croup et à la diphthérie le traitement par les saignées et les sangsues?

Dans ces derniers temps, on a beaucoup discuté sur l'*étiologie du tétanos*. Vient-il du cheval, ou a-t-il une origine différente? M. Abadie a porté cette question à notre tribune; s'emparant de deux observations publiées par M. Richelot, il les a analysées avec cette dialectique serrée que vous connaissez; il conclut à l'origine équine. A cette théorie cependant les objections ne manquent pas. Comment expliquer le tétanos dans les pays où il n'y a pas de chevaux? Pourquoi est-il si rare dans nos populations rurales, chez lesquelles les traumatismes de tout genre sont si fréquents, et dont une grande partie, comme le disait M. Perrin, vit, à la lettre, au milieu du fumier?

L'observation de *tétanos* que nous a envoyée M. Deligny ne jette pas de lumière nouvelle dans le procès. Il reste des inconnues qui, sans doute, se dégageront peu à peu. Ne soyons pas impatients, si, dès à présent, la doctrine microbienne n'a pas une réponse à toutes nos curiosités. Il ne suffit pas de constater dans une maladie l'existence d'un microbe, il faut savoir comment le microbe prend naissance, comment il vit, comment il meurt. Et ce n'est pas une tâche facile que de faire l'histoire naturelle de ces infiniment petits. Mais les progrès déjà réalisés autorisent les grands espoirs.

Quand M. Dehenne vous a raconté que l'opération de la *cataracte* donne actuellement au minimum 99 p. 100 de succès, il n'a pas manqué d'attribuer ces résultats aux pré-

cautions antiseptiques prises avant, pendant et après l'opération. Et MM. Abadie et Trousseau ont confirmé de tout point ces vues de leur émule.

C'est également par l'antisepsie que M. Polaillon a obtenu les succès opératoires qu'il vous a fait connaître : d'abord une *hystérectomie vaginale* suivie de guérison; — ensuite deux *ovariotomies* pratiquées dans des conditions particulièrement épineuses. Chez les deux malades, il existait, en effet, des kystes suppurés, et, avant l'opération, l'existence du pus n'avait pu être soupçonnée. Dans les deux cas, le kyste se rompit et le pus se répandit dans la cavité abdominale. Grâce à un lavage antiseptique minutieux avec de l'eau distillée, bouillie, additionnée d'un centième d'acide phénique, la péritonite fut évitée, et les opérées guérirent.

M. Polaillon vous a montré encore un jeune garçon de 16 ans, auquel, pour une ostéo-myélite aiguë, il dut pratiquer l'ablation totale du péroné dans toute sa diaphyse. La guérison a été si parfaite, que l'opéré, que vous avez vu, peut exercer le métier fatigant de garçon chez un marchand de vin.

Enfin, c'est encore M. Polaillon qui vous a entretenus d'une ablation de tumeur du maxillaire inférieur, pratiquée avec succès chez un homme âgé de 53 ans.

C'est à la chirurgie que la théorie microbienne a fait réaliser les progrès les plus certains, les plus indiscutables. Quel sera son rôle dans la thérapeutique des maladies internes? Trouvera-t-on les remèdes qui sauront atteindre et détruire le microbe pathogène jusque dans l'intimité de nos tissus?

Quelques médecins ont espéré que par les inhalations d'acide fluorhydrique, ils feraient disparaître le bacille de la tuberculose. M. Bergeron vous a exposé cette méthode de traitement et a fait fonctionner devant vous l'appareil ingénieux qu'il emploie. Mais vous savez que cette méthode de traitement, prônée par quelques-uns, n'a pas donné à tous les mêmes résultats satisfaisants : il serait prématuré de porter sur elle un jugement définitif.

C'est aussi le bacille que poursuit M. Gillebert-Dhercourt, quand il traite la blennorrhagie par les injections de tartrate de thalline dissous dans le naphtol au 1/50 ou au 1/100. Les excellents résultats qu'il a obtenus sont des plus encourageants; n'y eût-il que la suppression de la douleur uréthrale, observée, dès le second jour des injections, que ce serait un progrès considérable sur les autres moyens successivement prônés.

Enfin M. Auvard nous a montré par un exemple saisissant que la septicémie puerpérale peut être causée par les microbes pénétrant dans l'organisme par les gerçures du mamelon.

Vous voyez, Messieurs, par tout ce qui précède, que les questions d'actualité ont, comme les années précédentes, rempli un grand nombre de vos séances.

Il en est une encore que M. Tissier a soulevée tout récemment, et sur laquelle la discussion reste ouverte. C'est le rôle que joue la syphilis dans la genèse de l'ataxie locomotrice. Rôle prépondérant suivant les uns, nul ou insignifiant suivant les autres. M. Tissier ne croyait pas à l'influence de la syphilis; il fit une enquête, et, voyez le hasard : les quatorze premiers ataxiques qu'il rencontre, ont été tous, un seul excepté, syphilitiques ! Assurément ce n'est pas là une preuve absolue, et M. Tissier ne la donne pas comme telle. L'argumentation contraire de MM. Reliquet, de Ranse et d'autres de nos collègues, conserve toute sa force. Attendons de nouvelles recherches, et, puisque le débat doit se continuer, espérons qu'il en jaillira quelque lumière. (*A suivre.*)

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 février 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Huchard, qui revendique pour les auteurs français la découverte des signes entre les vraies et les fausses angines de poitrine ;

2° Un travail de M. Marguet, sur les kystes hydatiques des muscles volontaires;

3° Un pli cacheté de M. Fontan ;

4° Un mémoire de M. Girard, sur la variole et la vaccine au Sénégal;

5° Une lettre de M. Millard (de New-York), sollicitant le titre de correspondant étranger ;

6° Un travail de M. Maze, sur la vaccine et la variole au Havre en 1888.

— M. G. Sée rectifie quelques-unes des affirmations de M. Bucquoy. Il y a deux mémoires de Fraser, dont le second date de février 1887. Quant aux cas qu'il a attribués à Fraser, ils appartiennent en réalité à Frænkel, et la confusion tient à la rédaction du rapporteur allemand. Enfin Fraser, dès l'époque où il a publié son premier mémoire, avait déjà employé la strophantine.

— M. Cornil lit une note sur la thérapeutique du choléra, à propos d'un mémoire de M. Lowenthal. Les bacilles du choléra restent dans l'intestin et ne pénètrent qu'un peu dans la muqueuse; on ne les trouve pas ailleurs. Le poison qu'ils secrètent est seul absorbé. En arrêtant la multiplication du bacille dans l'intestion, on réussirait probablement à arrêter l'infection cholérique.

M. Lowenthal a réussi à arrêter la multiplication *in vitro* à l'aide du salol, qui est inoffensif à forte dose pour l'homme et les animaux.

— M. Lancereaux lit un mémoire dont les conclusions sont les suivantes :

« Dans cette communication, j'ai tenu à appeler l'attention du corps médical sur les phénomènes parfois inaperçus de l'empoisonnement oxycarboné, et celle des pouvoirs publics sur les dangers du chauffage par les poêles à combustion lente qui, par raison d'économie, se trouvent aujourd'hui dans la plupart de nos habitations. Il m'a semblé que la question du chauffage par ces poêles méritait d'être d'étudiée dans cette enceinte et, pour ce motif, j'ai cru devoir la poser à cette tribune. Je laisse à mes collègues le soin d'indiquer aux autorités compétentes les mesures propres à éviter les dangers qui, chaque jour, menacent l'existence de nos concitoyens.

Les mesures que vous me permettrez de proposer à votre examen sont les suivantes :

1° N'autoriser la vente des poêles qu'à la condition que le tirage soit suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique, et s'opposer ainsi à la formation de l'oxyde de carbone.

2° N'autoriser l'ajustement du tuyau d'un poêle à une cheminée quelconque qu'à la condition que cette cheminée ait un tirage convenable et suffisant pour le dégagement facile des vapeurs.

3° Exiger, avant la pose d'un poêle, l'examen des cheminées voisines de façon à éviter le refoulement ou la filtration des gaz d'une cheminée dans une autre, et à préserver les intéressés ou leurs voisins de l'empoisonnement oxycarboné à distance.

4° Prévenir le public du danger qu'il court en laissant séjourner la nuit un poêle à combustion lente dans une chambre où l'on couche ou même dans une chambre voisine. »

L'auteur a expérimenté sur les animaux (souris et cobayes), et quelques-unes de ses expériences semblent démonstratives.

M. Brouardel s'associe aux conclusions de M. Lancereaux. Il insiste sur ce fait que la plupart des médecins croient à tort que l'oxyde de carbone n'est pas dangereux quand l'air se renouvelle. Cependant, en hiver, on trouve souvent des morts parmi les individus qui dorment sur les fours à plâtre. Une fissure placée près de leur bouche et par où s'échappe le gaz délétère permet, à ce dernier, de les tuer.

M. Gautier fait remarquer que de très minimes quantités de gaz sont dangereuses. Un dix-millième et demi suffit pour intoxiquer la huitième partie des globules rouges. Il y a sélection du sang pour l'oxyde de carbone. C'est par la méthode des saturations qu'on est arrivé à constater ce fait. Les voitures chauffées par le charbon offrent de grands dangers.

M. Ollivier signale la glycosurie qui survient après l'intoxication oxy-carbonée.

— M. Terrillon lit une observation de néphrorraphie avec fixation du rein dans la région lombaire gauche pour un rein flottant douloureux très volumineux. Les sutures faites au catgut ont compris une partie de la substance corticale et le succès a été complet. La congestion rénale a beaucoup diminué depuis.

— M. Lavaux lit une note sur les résultats éloignés de l'électrolyse linéaire appliquée à la cure des rétrécissements de l'urèthre. La cure radicale ne peut être obtenue et le traitement de choix est la dilatation rapide surtout depuis qu'il a montré la manière de réaliser l'asepsie complète de l'urèthre.

*Statistique et résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.* — M. Blache : D'après les relevés de l'Administration, le nombre des enfants surveillés en 1887 a été de 4,925, dont 1,569 à Paris et 3,356 pour les communes suburbaines. La mortalité a été de 363 sur ce chiffre de 4,925, ce qui donne une proportion de 7,37 p. 100, malgré le grand nombre de cas de maladies épidémiques ayant sévi pendant l'année. Après les maladies de l'appareil digestif, qui sont toujours de beaucoup les plus fréquentes à l'âge qui nous occupe et produisent un chiffre de mortalité de 38 p. 100, ce sont les maladies du système nerveux, avec un chiffre de 24 p 100, qui viennent en second lieu.

Il importe de signaler que ces décès par maladies du système nerveux atteignent chaque année un chiffre plus élevé, et je me demande s'il n'y a pas là une certaine corrélation avec l'accroissement signalé sans cesse dans le nombre des aliénés et surtout des alcooliques.

La question de la vaccination donne lieu à quelques observations intéressantes : au 31 décembre 1887, il restait 575 nourrissons à vacciner, tandis que l'année précédente il en restait 629, et le total des vaccinés a été de 1,449 sur 2,990.

Il ne faut pas oublier que, pour obtenir ce chiffre encore insignifiant de vaccinations, il a fallu lutter contre la négligence et les préjugés des parents et des nourrices.

Sur le total de 74,112 naissances dans le département de la Seine, la proportion des placements a été de 27,89 p. 100, d'où il résulte qu'un peu plus du quart des enfants qui naissent à Paris et dans la banlieue est placé en nourrice, savoir : un huitième dans le département de la Seine et les autres en dehors.

13,686 nourrices ou gardeuses se sont présentées à la Préfecture;

10,029 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au sein;

3,612 ont été reconnues pour être gardeuses ou nourrices au biberon;

45 ont été refusées pour des motifs de santé.

Sur les 45 nourrices refusées, 11 l'ont été pour accidents syphilitiques, et l'une d'elles, contrairement aux règlements, étant entrée en place avant la contre-visite de la Préfecture, avait contaminé le nourrisson. On ne saurait donc trop insister sur les services que peut rendre la surveillance exercée sur les nourrices et les nourrissons par les médecins-inspecteurs du premier âge.

## VARIÉTÉS

### ASSOCIATION GÉNÉRALE

La Société centrale de l'Association générale des médecins de France a tenu, le dimanche 3 février, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, sa séance solennelle.

En montrant l'état prospère de l'Association et le bien qu'elle fait constamment autour d'elle, M. Lannelongue a bien fait ressortir le rôle moralisateur de la Société et la satisfaction que, les premiers, en éprouvent ceux qui ont la mission de répartir pour le mieux les économies communes. Notre nombre augmente, nos ressources augmentent plus rapidement encore, mais l'Association générale des médecins de France est une œuvre à laquelle nous devons tous chercher à imprimer une impulsion continue.

Le bureau présentait aux suffrages de nos collègues, en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, vice-président démissionnaire, M. Bucquoy qui a été élu à l'unanimité.

L'an dernier, dit M. Piogey, secrétaire, le nombre de nos pensionnaires était de 80, cette année il s'élèvera à 100 environ. Nos ressources vont être considérablement augmentées par le legs de M. Roth et par le legs du docteur Belle, de Moissac, au moins aussi important. La Société n'attend plus que les nécessiteux viennent se présenter, elle cherche à les découvrir ; c'est ainsi que récemment un secours a été envoyé à la veuve du docteur Fichou (d'Erquy), ce confrère mort dans des conditions si lamentables dans un hôpital de Paris.

M. Brun, qui depuis la création de l'Association, depuis trente ans, remplit avec tant de soin et de zèle les fonctions de trésorier, cultive toujours avec le même succès, une éloquence particulière, celle des chiffres. Il commence en nous apprenant une excellente nouvelle, c'est qu'il vient de toucher cette semaine le legs de 150,000 fr. qui nous a été fait par M. Roth, sur la désignation du docteur Passant.

Il y a actuellement 826 sociétaires dont 185 versent une cotisation supérieure à la cotisation réglementaire et variant de 15 à 1,000 fr., sans compter les 35 cotisations perpétuées par des membres décédés. 6,850 fr. ont été distribués en secours à 53 personnes ; c'est peu, mais la plupart de ces personnes étaient étrangères à l'Association. La Société centrale a fourni une contribution volontaire de 2,000 fr. à la caisse de pensions de retraites de l'Association.

La Société centrale est actuellement dans une situation financière excellente ; elle possède 61,142 fr. 43 c. de fonds disponibles ; 1,844 fr. de rente française pour cotisations perpétuées ; et sa participation au fonds commun de l'Association générale, ce qui lui a permis de faire allouer deux pensions, chacune de 600 francs, à deux sociétaires âgés et infirmes et d'en réclamer deux autres lors de la prochaine assemblée générale.

A la fin de la séance ont été élus membres de la commission administrative : MM. les docteurs Jules Besnier, Bonin, Bourot, Diday, Raymond Durand-Fardel, Hervé de Lavaur, Gustave Lefèvre, Moreau (de Tours), Ozenne, Paul Reynier, Turner et Voelker.

## COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Le Conseil supérieur de l'assistance publique a examiné la question de l'assistance médicale dans les campagnes. Après une intéressante discussion, le Conseil a pris les résolutions suivantes :

I. — Les communes, à défaut de la famille, doivent l'assistance aux nécessiteux malades qui y ont leur domicile de secours. Plusieurs communes peuvent s'associer en syndicat pour remplir ce devoir social.

II. — Il devra exister, dans chaque commune ou syndicat de communes, un bureau d'assistance publique.

III. — Dans chaque département, le Conseil général détermine, au mieux des convenances locales, le mode de fonctionnement du service de l'assistance médicale aux indigents. Ce règlement devra être approuvé par le ministre de l'intérieur, après avis du Conseil supérieur de l'assistance publique.

IV. — Les communes ou syndicats de communes, qui justifieront remplir d'une manière complète leur devoir d'assistance envers leurs indigents malades, pourront être autorisés, par une décision spéciale du ministre de l'Intérieur, rendue après avis du Conseil supérieur, à avoir une organisation spéciale.

V. — Chaque année, le Conseil général fixe la part contributive des communes dans

les dépenses d'assistance de leurs malades indigents, et la part contributive du département.

Il devra tenir compte des ressources de chaque commune et du nombre d'indigents porté par elle sur la liste de ceux qui devront recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques.

VI. — Les dépenses qui résulteront pour les communes de l'application de l'article précédent sont obligatoires et pourront être imposées d'office, conformément à l'article 149 de la loi du 5 avril 1884.

VII. — La liste des indigents admis à recevoir gratuitement les secours médicaux ou pharmaceutiques est préparée par le Conseil municipal.

VIII. — Au cas où un département n'aurait pas, dans le délai fixé, organisé son système d'assistance, le gouvernement devra lui imposer d'office un règlement.

Les dépenses, résultant pour les départements de l'application du règlement fait par le Conseil général ou imposé au département par le gouvernement en exécution du précédent, sont obligatoires pour lesdits départements et peuvent leur être imposées d'office dans les conditions de l'article 61 de la loi du 10 août 1871.

Il y a donc lieu de préparer, à cet effet, un règlement modèle.

IX. — En ce qui concerne les secours à domicile, la section recommande, dès à présent, les principes sur lesquels repose le système dit « vosgien ».

X. — L'assistance médicale doit être organisée de telle sorte que chaque commune soit rattachée à un dispensaire et à un hôpital. Les malades ne doivent être hospitalisés qu'en cas de nécessité.

Les vaccinations et revaccinations au Havre. — Du 1er janvier 1880 au 31 décembre 1888 on a pratiqué ici 8,844 vaccinations ou revaccinations.

Les vaccinations ont donné 47,6 p. 100 de succès et 0,4 p. 100 d'insuccès. Les revaccinations 20 p. 100 de succès et 6,5 p. 100 d'insuccès.

Toutes ces opérations ont été faites exclusivement au vaccin de génisse provenant soit de l'Institut de Milan, soit de Montpellier.

Le vaccin de Milan a provoqué plusieurs fois de l'érysipèle phlegmoneux. Rien de semblable avec le vaccin de Montpel ier, avec lequel l'évolution de la vaccine a été, en outre, plus courte.

Dans cette période de 1880 à 1888 la statistique des décès par variole a démontré que sur 100 cas mortels 80 avaient porté sur des enfants de la naissance à 5 ans, n'ayant jamais été vaccinés.

Le fait suivant peut être recommandé à l'attention de la ligue des non-vaccinateurs.

En 1886, une famille composée du père, d'une jeune fille de 20 ans et de 5 enfants, dont le plus jeune avait 12 ans, se présentait pour se faire vacciner, la mère étant atteinte de variole confluente grave ; seule la jeune fille refusa absolument de se laisser vacciner.

Or, huit jours après elle était atteinte de variole et mourait. Ses jeunes frères restèrent indemnes.

(*Bull. méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 février 1889. — *Ordre du jour* : 1. Rapport du comité de publication. — 2. Communications diverses.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

## Sommaire



## BULLETIN

Il y a quelques semaines, M. le docteur Terrier communiquait à la Société de chirurgie l'observation d'une femme à laquelle il avait, de propos délibéré, pratiqué la fixation de l'utérus à la paroi abdominale pour remédier au prolapsus de cet organe. C'était la première fois en France qu'on osait passer des sutures à travers l'organe lui-même et le résultat a été très satisfaisant, car l'opération date déjà de dix mois et le succès primitif se maintient.

M. Terrillon vient, après M. Duret (de Lille), de faire pour le rein ce que M. Terrier, et d'autres depuis, ont fait pour l'utérus. Dans un cas de rein mobile, très hypertrophié et très douloureux, il n'a pas craint, après l'avoir attiré dans la plaie pariétale, de passer six fils à suture dans le tissu même de l'organe, afin de le fixer avec plus de solidité, et d'éviter une nouvelle mobilité du rein, comme cela est arrivé lorsqu'on s'est contenté de suturer sa capsule avec la paroi abdominale postérieure. Un point très intéressant de physiologie pathologique a été soulevé au sujet de ce cas par M. Terrillon. L'hypertrophie du rein était-elle causée par cette mobilité ?

Aucun fait antérieur ne constate cette particularité, et on ne peut donc se prononcer d'une manière définitive à son égard. Cependant, comme le rein

## FEUILLETON

### LA FEMME MÉDECIN AU XIXe SIÈCLE.

En prenant ce titre comme sujet de thèse, Mlle Caroline Schultze n'a voulu écrire, c'est elle-même qui le dit dans sa préface, ni un plaidoyer pour, ni un plaidoyer contre l'émancipation de la femme, mais donner un exposé succinct du rôle médical rempli par la femme, l'esquisse fidèle des luttes soutenues et des succès remportés.

Peut-être a-t-elle pensé que c'était là le meilleur plaidoyer qu'elle pût apporter en faveur, sinon de l'émancipation de la femme, du moins de l'entrée de la femme médecin dans nos mœurs. Si l'idée est d'elle seule, et je le crois, on ne peut que l'en féliciter ; si elle est d'un autre, et le style de son travail nous ferait assez volontiers admettre qu'une Egérie masculine lui en a dicté certaines parties, il faut la féliciter alors d'avoir bien voulu laisser de côté ce sentiment assez commun chez la femme, de se croire infiniment supérieure à l'homme.

Les documents recueillis par Mlle Schultze sont des plus intéressants pour l'histoire de la transformation des idées chez les femmes, qui, lasses d'être reléguées à la maison, ont voulu, tout comme nous autres, aller à domicile soigner les malades ; elles ont voulu prouver que si, en général, elles pouvaient être d'excellentes gardes-malades pour

a déjà diminué de volume depuis l'opération, il se pourrait qu'il y eût une relation de cause à effet entre les deux facteurs : mobilité et hypertrophie.

On a souvent accusé les poêles mobiles de méfaits divers et non sans raison, mais jamais l'accusation n'avait été portée contre eux avec autant de force qu'à la dernière séance de l'Académie. Les observations de MM. Lancereaux, Brouardel et Armand Gautier ne laisseront certainement pas le public indifférent; quand il sera bien convaincu, et il a tout intérêt à l'être, qu'une minime quantité d'oxyde de carbone dans l'air qu'on respire suffit pour causer la mort, il s'inquiétera davantage de la manière dont tirent les cheminées et dont il doit se chauffer. Sans doute, les poêles à combustion lente rendent de très grands services, mais si on est exposé un jour, ou plutôt une nuit, à les payer de sa vie peut-être trouvera-t-on que c'est un peu cher. Aux industriels et aux propriétaires à perfectionner leurs poêles et leurs cheminées. La question n'est pas indigne d'attirer l'attention du comité consultatif d'hygiène publique, puisque son président a approuvé les conclusions de M. Lancereaux, et il serait bien qu'il intervînt efficacement dans la solution pratique de cette importante question.

Nous recommandons la lecture du travail de M. Blache sur les résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine relative anx enfants assistés. On y verra quels services ont rendus à ce point de vue les médecins-inspecteurs du premier âge. — L.-H. P.

---

## De l'adoption d'une langue scientifique internationale

*Compte rendu présenté à la Société médicale du XVII*e *arrondissement*

Par le docteur Ducor.

Messieurs,

Dans votre séance du 24 novembre dernier, vous avez nommé une Commission de cinq membres (1), chargée de répondre à l'invitation qui nous avait

(1) MM. les docteurs Ducor, Jasiewicz, Séailles, Riché, président; A. Hénocque, secrétaire général.

---

leur mari et leurs enfants, elles pouvaient franchir facilement quelques degrés de plus dans l'art de guérir, et formuler les ordonnances qu'elles savaient si bien exécuter.

Dans tous les siècles et dans tous les pays, depuis les descendants d'Esculape jusqu'à nos jours, il y eut des femmes médecins, et peut-être y en eut-il beaucoup plus qu'on n'en connaît; car de même que jusqu'à l'époque de l'imprimerie, les médecins en renom sont peu nombreux, relativement au nombre des praticiens qui sont restés totalement inconnus; de même se peut-il faire que les quelques femmes citées dans les ouvrages de médecine écrits depuis Hippocrate jusqu'au xve siècle ne soient que les plus illustres parmi beaucoup d'autres femmes pratiquant la médecine et restées dans l'obscurité.

Par exemple, si l'on parle de la mère de Socrate, qui s'adonnait aux accouchements, de Trotula, qui professait avec éclat à l'école de Salerne, on ignore absolument les noms des dames qui ont étudié le droit, la médecine et le grec en même temps. Comme documents curieux rassemblés par Mlle Schultze, nous citerons un acte qui mentionne le diplôme donné en l'année 1250 à une femme qui traita Louis IX pendant sa croisade; l'édit de 1311 réglementant l'organisation du service médical dans le royaume, et qui fait défense à tout chirurgien ou *chirurgienne* d'exercer sa profession sans avoir préalablement subi un examen devant un jury spécial. Mais il faut ensuite arriver à Félicité du Fay, au xviie siècle, et à Mme Boivin, au xixe, pour voir reparaître dans l'histoire le nom d'une femme médecin. C'est aussi que dans cet intervalle la réglementation s'en était mêlée. Dès le xvie siècle, d'après Pasquier, on ne voit plus de femmes pratiquer la médecine, sauf l'exception que nous venons de rappeler. Le Parlement, par arrêt du

été adressée par la *Société de médecine pratique*, à l'effet de participer à ses travaux en vue de l'adoption d'une langue scientifique internationale.

Les travaux de votre Commission ont été résumés dans le travail très consciencieux et très intéressant de son rapporteur, M. Jasiewicz, dont vous avez adopté les conclusions dans votre séance du 28 décembre (1).

Vous nous aviez donné mandat de défendre ces conclusions; c'est dans ce but que nous nous sommes rendus à la séance du samedi 12 janvier, provoquée par la *Société de médecine pratique*. Etaient présents : MM. Dujardin-Beaumetz, président; Gillet de Grandmont, secrétaire général; Champigny, Guelpa, Nicolas, Toledano, membres de la *Société de médecine pratique*; Blanchard, professeur du Muséum, délégué de la *Société de zoologie*; Ducor, Hénocque, Jasiewicz, délégués de la *Société médicale du XVII*e *arrondissement*, et les délégués de quelques autres Sociétés savantes.

I

Après avoir expliqué les origines de la réunion, à laquelle il a puissamment contribué, M. Nicolas expose longuement dans un mémoire très savant, très complet, le mécanisme de la langue qu'il est d'avis de créer, ses consonnes et ses voyelles, ses principes de grammaire, de syntaxe et de lexicologie, l'utilisation ou la transformation des vocables existants, la création des mots nouveaux; il nous fait voir, par exemple, comment *pen* signifiant *plume*, on pourrait facilement exprimer tout ce qui a rapport à ce mot, au moyen de certaines désinences; on aurait ainsi : pen*an*, pen*am*, pen*el*, pen*il*, pen*ov*, pen*av*.

Je ne saurais vous donner une idée suffisante, de ce savant exposé, encore moins discuter le côté technique du travail de M. Nicolas.

Le pourrais-je, Messieurs, je crois que j'aurais tort de suivre notre savant confrère dans le dédale de son ingénieuse création. La question n'est pas de savoir si, dans la nouvelle langue, *m* doit représenter l'affirmative,

(1) Voir *Union médicale*, 12 et 15 janvier 1889.

---

19 avril 1755, ordonna « qu'à l'avenir les femmes et les filles ne pourront être agrégées dans l'art herniaire, ni dentiste, ni dans autre partie de la chirurgie, sous quelque prétexte que ce soit, excepté dans celle qui concerne les accouchements. » La loi du 19 ventôse an XI ne parle pas des femmes, mais Dalloz, commentant cette loi, résout la question par la négative. « Bien que l'exercice de la médecine ne soit pas nommément interdit aux femmes, dit-il, la nature des études exigées pour être reçu à exercer cet art présente un obstacle moral à ce qu'elles puissent s'y livrer. »

C'est ce qu'on a dit encore il y a quelques années, avec plus de raison à la vérité, lorsqu'il s'est agi de l'internat des femmes; mais c'était avec raison *à priori*, car l'expérience, autant qu'on peut en juger par un seul exemple, a démontré que le danger prévu était purement chimérique. Mais nous n'insisterons pas sur les luttes que les étudiantes ont eu à soutenir et d'où elles sont sorties victorieuses, elles sont bien connues de tous et Mlle Schultze les a narrées avec une impartialité parfaite. On sait peut-être moins que ce fut l'impératrice Eugénie qui fit ouvrir la porte de la Faculté de médecine de Paris à Mme Brès, à miss Putnam, à miss Garrett et à Mlle Goutchareff. Le regretté doyen Wurtz, partisan zélé de l'admission des femmes à la Faculté, soumit la demande de ces dames à M. Duruy, alors ministre de l'instruction publique. Le conseil des ministres en fut saisi; ce fut l'impératrice qui présida le conseil et enleva le vote en faveur de l'innovation. « J'espère, ajouta-t-elle, que ces jeunes femmes trouveront des imitatrices, maintenant que la voie est ouverte. »

En Angleterre, les difficultés furent beaucoup plus grandes. Ainsi que notre vénéré

*n* la négative et *l* un aimable intermédiaire et quel sera le sens de *mov* (amour passionné), *lov* (amour tranquille), *nov* (haine); ceci est affaire de lexicographes; pour ma part, je déclinerais toute compétence pédagogique, j'accepterais les yeux fermés tous les suffixes et tous les préfixes de M. Nicolas, et je n'oserais élever la voix pour m'attaquer à l'édifice bâti par notre sympathique confrère.

II

Ce que nous attendions, ce que nous sommes en droit d'exiger de lui, c'est quelque preuve de l'affirmation par laquelle il a débuté : *une langue internationale est nécessaire,* dit-il, et il ajoute : *aucune des langues existantes ne peut remplir ces conditions*; puis, il passe à l'exposition de son système, il nous en donne la clef, il nous fait connaître ses procédés, sans chercher à nous convaincre de la nécessité et de la légitimité de sa réforme : il semble que ses propositions ne doivent soulever aucune objection, et que nous admettons tous comme indiscutable le principe qu'il a émis en passant.

Eh bien! non! ce n'est point là un axiome qui s'impose; ce n'est point un fait si évident qu'il suffit de le constater; c'est, au contraire, ce qu'il fallait démontrer; c'est, pour nous, sinon toute la question, du moins la partie primordiale de la discussion à laquelle nous sommes conviés.

Avant de conclure, en bon logicien, M. Nicolas aurait dû établir la justesse de ses prémisses; avant de nous exposer les bases de sa nouvelle langue, il aurait dû chercher à rallier ceux qui, comme nous, sont opposés à cette création, la jugeant tout au moins inutile.

M. Jasiewicz l'a dit en notre nom : une langue existe, véritablement scientifique, sur le point de devenir universelle parmi les savants, familière aux diplomates, aux politiciens, aux classes éclairées de tous les pays, admirable par sa simplicité, sa souplesse, sa clarté et sa limpidité; c'est le français, langue facile à parler et à écrire, et que la simplification seule des règles de l'orthographe rendrait parfaite.

---

gérant l'a autrefois raconté, avant de venir à Paris, miss Garrett s'était présentée au Collège médical de Londres pour y prendre ses inscriptions et avait éprouvé un refus formel, qui lui fut aussi opposé à Edimbourg. Alors elle intenta un procès au Collège de Londres, puis à celui d'Edimbourg. En Angleterre, les procès coûtent cher. Elle y dépensa des sommes considérables et fut vaincue devant toutes les juridictions. M[me] Jex Blake reprit la campagne à Londres où elle échoua, parce que les statuts de l'Université s'opposaient à l'admission d'un étudiant du sexe féminin, puis à Edimbourg où elle trouva quelques amis parmi les professeurs. Après beaucoup de persévérance, mistress Blake finit par se faire inscrire avec plusieurs compagnes et tout alla à peu près bien tant qu'il ne s'agit que d'étudier dans les livres, mais tout changea dès qu'elles voulurent suivre les cliniques et aller à l'hôpital. L'attitude des étudiants, jusque-là pacifique et courtoise, devint ouvertement hostile et grossière, et lorsque les étudiantes demandèrent à entrer dans les salles des hôpitaux, ils rédigèrent une pétition afin que cette autorisation leur fût refusée; c'est ce qui arriva. M[me] Blake eut même à plaider à son tour, mais dans de singulières circonstances.

Elle avait, à propos de l'attitude particulièrement grossière d'un préparateur, déclaré de vive voix et par écrit que cette attitude ne pouvait s'expliquer que par l'hypothèse d'un état d'ivresse complète. De là, procès intenté par le préparateur; M[me] Blake le perdit et le gagnant obtint pour dommages-intérêts la somme d'un liard. Le jury avait cru donner au plaignant cette modeste satisfaction sans faire incomber les dépens à la partie perdante. Il n'en fut pas ainsi, et la jeune étudiante fut condamnée aux dépens : près de

III

Notre rapporteur a éloquemment developpé les raisons d'ordre moral, de fait, de linguistique qui ont entraîné notre conviction. Nous ne pouvons, de gaîté de cœur, renoncer à cet instrument presque irréprochable, éminemment perfectible; nous ne pouvons le rejeter sans que nos contradicteurs aient apporté la moindre preuve à l'appui de leur affirmation.

Messieurs, le procédé de M. Nicolas me rappelle un peu celui d'un architecte qui s'offrirait à me bâtir une maison, sans s'inquiéter de savoir si je ne serai pas plus mal que dans celle qui m'abrite. Avant de me décider à cet échange, je voudrais être sûr de trouver dans cette nouvelle demeure les mêmes ressources, le même espace, la même solidité, la même facilité de transformations, en un mot, toutes ces qualités grâce auxquelles nos pères ont pu créer, réparer et perfectionner d'âge en âge le vieil édifice de la langue française.

IV

Après M. Nicolas, nous avons eu le plaisir d'entendre M. Blanchard, secrétaire général de la *Société de zoologie*, qui a présenté le rapport rédigé au nom de sa Société par MM. Chaper et Fischer et dont voici les conclusions :

1° La *Société zoologique de France* adresse à l'*American philosophical Society* de chaleureuses félicitations pour son initiative et des remerciements pour sa très intéressante communication du 12 mars;

2° Elle s'associe au mouvement provoqué par ladite Société américaine en faveur de l'adoption d'une langue scientifique universelle, dans laquelle, d'un commun accord, seraient rédigés tous les documents prétendant à prendre rang dans les découvertes et connaissances formant le fonds commun de l'humanité;

3° Elle approuve hautement la réunion d'un ou plusieurs Congrès ayant pour objet l'examen de cette question;

---

23,000 francs. Mais l'opinion publique était si favorable à la cause des femmes, qu'une sousciption fut ouverte pour payer les frais et qu'elle fut couverte, et au-delà, en un mois.

Enfin de guerre lasse, après avoir frappé en vain aux portes de toutes les universités, de tous les parlements, dépensé des sommes considérables fournies heureusement par des souscriptions, les étudiantes s'engagèrent dans une nouvelle voie. Elles se mirent en devoir de créer, à Londres, une école de médecine pour femmes ; celle-ci s'ouvrit en 1874 avec 23 étudiantes et avec le concours de professeurs distingués. Aujourd'hui, elle compte 18 professeurs, dont 5 femmes, et elle est fréquentée par 72 élèves ; il y a à Londres 70 femmes médecins diplômées de cette école. L'école d'Edimbourg, ouverte en 1876, possède 21 étudiantes et celle de Dublin, ouverte la même année, 7 seulement.

En Russie, en Suisse et en Amérique, les choses se passèrent avec plus de facilité. Mais depuis 1882 les femmes n'ont plus le droit de s'inscrire aux cours de médecine. On dit qu'une femme haut placée jura de faire retourner la femme russe à son foyer et de rendre la mère à ses enfants. Quoi qu'il en soit, les cours, ouverts pendant dix ans, reçurent 1,091 étudiantes ; en 1882, on décida qu'on n'admettrait plus de nouvelles recrues, mais qu'on permettrait aux actuelles de terminer leurs études et de passer leur doctorat en 1887. C'est pourquoi dans ces dernières années le nombre des étudiantes russes a tant augmenté en France et en Suisse.

En Suisse, les étudiantes ont adopté la Faculté de Zurich, où leur inscription date de 1864. Deux Russes s'inscrivirent les premières. Le recteur de l'Académie répondit à leur

4° Elle déclare son intention de proposer et soutenir devant ce ou ces Congrès l'adoption, comme langue scientifique internationale, d'une des langues vivantes existantes;

5° Elle conseille que les ouvrages ou parties d'ouvrages relatifs à la systématique continuent à être écrits en latin jusqu'à l'adoption définitive d'une langue scientifique internationale;

6° Elle est d'avis que le volapük soit rejeté pour cet usage comme ne présentant pas les conditions requises.

Nous n'avons pas d'objection à formuler contre les conclusions énoncées par la Société de zoologie; l'addition d'un septième paragraphe nous permettrait de nous y rallier entièrement : rejet du volapük sous toutes ses formes; adoption, comme langue scientifique internationale, d'une des langues existantes, c'est ce que nous demandons. Il est vrai que nous avons désigné la langue vivante qui nous paraît s'imposer comme langue scientifique internationale; mais nous avons simplement dit tout haut ce que pensent nos honorables collègues de la *Société de zoologie*.

Comment d'ailleurs pourrait-il en être autrement? Un Congrès se réunit à Paris, composé de savants venus de tous les points du globe; pourront-ils employer en France une autre langue que le français, alors que, dans tous les Congrès scientifiques, sauf à Londres, je crois, le français a été adopté comme langue commune?

V

Je comprends le sentiment de courtoisie envers nos confrères étrangers, qui a fait hésiter la *Société de zoologie* et l'a empêchée de dévoiler immédiatement le fond de sa pensée; cette réserve diplomatique est peut être sage. Mais je crois sage aussi, je crois bon qu'il se trouve dans le Congrès une minorité pour affirmer dès le premier jour sa conviction bien ferme. D'ailleurs nous sommes ici, entre compatriotes, dans une réunion préparatoire; s'il convient peut-être, dans un Congrès international, d'apporter quelque modération, quelque douceur dans l'expression de nos vœux, je

---

demande : « A condition que vous vous soumettiez aux mêmes lois, aux mêmes règlements que les étudiants, je ne m'opposerai point à ce que vous fassiez chez nous vos études médicales. » Depuis quelques années, les cours des Facultés de Genève, Berne et Lausanne ont été ouverts aux étudiantes.

En Amérique, même simplicité d'entrée en matière. En 1842, miss Blackwell, après avoir frappé en vain à la porte de toutes les Universités, put entrer à celle de Génevra (Etat de New-York). Après avoir longuement discuté sur sa demande, les professeurs eurent « le bon sens et la justice » de convenir qu'aucune raison valable n'interdisait à une femme l'entrée des écoles de médecine. Néanmoins, avant de rien décider, ils jugèrent prudent de soumettre la question aux étudiants eux-mêmes. Ceux-ci examinèrent la question et se prononcèrent comme leurs professeurs. La cause était gagnée. Actuellement, on ne compte pas moins de 3,000 femmes médecins aux Etats-Unis.

Dans les autres pays du Nouveau et de l'Ancien monde, la femme médecin est une exception rare. En outre en Allemagne et en Autriche-Hongrie, elles sont exclues des cours de médecine.

Aussi les conclusions de la thèse de M[lle] Schultze ne me paraissent-elles pas tout à fait exactes. La seconde moitié du XIX[e] siècle, dit-elle, a été signalée par un mouvement général d'émancipation intellectuelle et professionnelle des femmes. Soit, je l'admets. Toutes les nations civilisées ont fourni leur contingent féminin à l'étude et à la pratique des sciences médicales — soit encore, mais ce contingent est bien inégal; à part la Rus-

crois que nous pouvons aujourd'hui, que nous devons parler librement et proclamer l'excellence du français, puisque telle est notre conviction.

VI

Un dernier mot, Messieurs. M. Nicolas nous dit qu'en fait l'anglais est la langue la plus répandue, et il nous parle de la facilité avec laquelle se l'assimilent les nègres et les Chinois. Mais, je vous le demande, quel rapport peut avoir avec une langue scientifique internationale le jargon des coolies ou des noirs, qui n'est pas plus l'anglais d'ailleurs que le créole des Antilles n'est du français, que le *sabir* ou la *lingua franca* ne sont de véritables langues.

Parler nègre ou volapük (ce qui est tout un) ne peut être un idéal; les mots ont leur couleur; les mots sont les images des choses. Les savants, pas plus que d'autres personnes, ne peuvent s'accommoder d'un jargon ou d'une langue créée par suite d'un assemblage de syllabes sans expression; ce qui est bon pour l'échange d'idées généralement triviales ou basses, roulant à peu près toujours sur le même objet, ne peut remplir le but que nous nous proposons.

En fait, Messieurs, le langue la plus connue, la plus écrite, la plus parlée, la plus répandue dans le monde savant, c'est le français. Adopter le français comme langue scientifique internationale, ce n'est même pas innover, c'est constater, c'est continuer ce qui est ; c'est faire œuvre véritablement scientifique et humanitaire, puisque c'est favoriser l'échange des idées entre les hommes, sans troubler une évolution naturelle. Non seulement en France, en Suisse, en Belgique, non seulement dans nos colonies d'à présent et d'autrefois, au Canada, à Maurice, dans la Louisiane, mais en Egypte, en Russie et dans tous les pays d'Orient, le français est parlé par tous ceux qui s'intéressent aux sciences, par tous ceux qui aiment le progrès.

Il y a là, pour tous les hommes sans parti pris, un fait considérable qui

sie, l'Angleterre et les Etats-Unis, les autres nations n'ont pas fourni annuellement dix recrues aux études médicales; sur les 35 doctoresses diplômées à Paris, il y a 9 Françaises et sur les 114 étudiantes inscrites l'an dernier, il n'y avait que 12 Françaises, contre 70 Russes et 20 Polonaises. Quant à la 3e conclusion, elle est tout à fait inexacte : Partout les femmes qui, ont à l'avant-garde, combattu pour leur émancipation intellectuelle et professionnelle, ont eu des difficultés de toutes sortes à vaincre ; mais partout, jusqu'à présent au moins, la victoire leur est demeurée. Mais la cause est perdue en Russie et en Allemagne, et en Autriche le ministre compétent n'a même pas pris en considération la demande des futures étudiantes !

Pour le moment, je ne puis considérer que comme des exceptions les femmes qui s'adonnent aux études médicales — exceptions très honorables d'ailleurs, car ce sont presque toutes des natures d'élite. La majorité des femmes suivront-elles l'exemple qui leur est donné et s'engageront-elles dans cette voie d'émancipation? Ne préféreront-elles pa se consacrer à leur mari et à leurs enfants, sans qu'on soit obligé de les y renvoyer, comme en Russie? C'est ce que sauront ceux qui pourront écrire l'histoire de la femme médecin à la fin du XXe siècle.

L.-H. PETIT.

me permet de croire que l'adoption du français comme langue scientifique internationale rencontrera beaucoup moins de difficultés que celle d'un volapük quelconque.

VII

Messieurs, si les idées que je viens d'exprimer sont bien les vôtres, je vous prie de les affirmer de nouveau en adoptant les conclusions suivantes :

1° La *Société médicale du XVII^e^ arrondissement*, s'associant au mouvement provoqué en vue de l'adoption d'une langue scientifique internationale, s'en rapporte aux conclusions votées dans sa séance du 28 décembre;

2° Elle se déclare opposée à la création d'une nouvelle langue, que l'on destinerait à servir de langue scientifique internationale;

3° Elle rejette donc le volapük sous toutes ses formes;

4° Elle déclare que, vu ses qualités, vu le fait de sa grande diffusion parmi les savants, la langue française remplit seule les conditions nécessaires à cet usage et doit être adoptée comme langue scientifique internationale.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

*Pathogénie du diabète*, par MM. G. Arthaud et L. Butte. — « I. Quand on crée une névrite double et simultanée des pneumogastriques, la mort survient au bout de quelques jours avec des lésions et des symptômes très analogues à ceux qui suivent la section des mêmes nerfs. Si on pratique l'injection interstitielle de poudre inerte ou de substance irritante, d'abord dans un seul nerf, puis quelques semaines plus tard dans l'autre, la survie est plus longue. Les animaux, à la suite de la première injection, ont de la polyurie avec légère albuminurie; après la deuxième, on voit survenir des troubles gastriques (vomissements) qui s'accompagnent d'une soif vive et d'un amaigrissement expliqué par l'inanition. L'urée excrétée diminue et la glycose apparaît (0 gr. 14 de sucre par kilogramme d'animal en vingt-quatre heures). La mort survient un mois environ après la deuxième opération; les altérations anatomiques consistent surtout en lésions congestives et inflammatoires des poumons et des viscères abdominaux.

II. Lorsqu'on opère sur un seul nerf, dans la continuité, la survie des animaux est sensiblement en rapport avec l'intensité de la névrite. Chez le lapin, comme chez le chien, on voit apparaître l'amaigrissement, la polyurie, l'azoturie au début et une glycosurie intermittente pendant toute la durée de l'expérience. Quand la mort arrive, on trouve des lésions qui portent principalement sur le rein, le foie, le cœur et le tube digestif. Les poumons sont à peu près sains. Le rein est congestionné : il y a toujours de la sclérose d'origine artérielle, à divers degrés d'évolution. La foie présente une congestion de nature particulière, avec état granuleux de ses éléments. Le cœur est le siège d'une myocardite interstitielle (piliers). Enfin, l'estomac et l'intestin grêle présentent une dégénérescence particulière de la muqueuse, analogue à celle décrite par Cantani dans les cas de diabète.

III. Pour savoir si tous ces phénomènes étaient dus à une action centripète ou centrifuge du nerf, nous avons commencé par irriter le bout central du vague, après résection.

Dans ce cas, on observe, pendant les jours qui suivent l'opération, que l'urine fortement colorée, alcaline, contient une quantité d'urée qui peut être quatre fois plus grande qu'à l'état normal. Chez quelques animaux, on y constate la présence de la glycose.

Mais ces troubles sont passagers, s'atténuent peu à peu, et, au bout de quelques semaines, l'animal est complètement rétabli.

IV. Tandis que la section pure et simple d'un des pneumogastriques n'entraîne pas la mort, nous avons vu, au contraire, après irritation du bout périphérique, se développer un ensemble de symptômes qui a toujours abouti jusqu'ici à la mort, dans un délai de quatre à six mois.

Pendant une première période, on constate un engraissement lent et progressif de l'animal en rapport avec la polyphagie qui se montre en même temps. On note également la polyurie, phénomène constant qui a pour conséquence une soif vive. L'urine contient une petite quantité d'albumine : cette urine est très limpide, de couleur jaune paille. Dans quelques cas, on observe en même temps une glycosurie intermittente. L'urée excrétée augmente peu à peu tant que dure la polyphagie; en même temps, les échanges gazeux intra-pulmonaires deviennent plus actifs.

Cette première période dure environ trois mois; puis, progressivement, l'animal maigrit, perd ses forces; la polyurie et la polydypsie persistent, l'albumine et le sucre peuvent encore être décelés, mais la polyphagie disparaît et souvent on voit survenir des vomissements. Il n'est pas rare de constater des troubles trophiques cutanés. L'urée diminue, les oxydations se rapprochent de la normale avec des oscillations. A cette époque, le sang contient néanmoins un léger excès d'hémoglobine active et de glycose.

Cet état va en s'aggravant, l'animal devient extrêmement faible, sa maigreur est excessive. Enfin, presque brusquement, on voit apparaître un état dyspnéique, la température s'abaisse dans des proportions considérables et l'animal succombe.

V. D'après ce qui précède, nous croyons pouvoir conclure qu'il est possible, par irritation centrifuge du nerf vague, de reproduire chez les animaux les diverses variétés du diabète clinique, tantôt insipide, tantôt azoturique, tantôt glycosurique, suivant des prédispositions individuelles, absolument comme chez l'homme.

Nous ajouterons que, au point de vue clinique, nos recherches personnelles nous ont permis de vérifier, sur presque tous les points, l'analogie de notre maladie expérimentale avec le diabète spontané, pour lequel nous adoptons sans réserve la théorie névrotrophique. »

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 janvier 1889. — Présidence de M. E.-R. PERRIN.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit : les journaux et revues de la quinzaine; — de M. MONCORVO, une brochure intitulée : *Valeur des injections hypodermiques de caféine;* — de M. DEHENNE, son mémoire sur le *manuel opératoire de la cataracte;* — de M. le docteur PÉRY (de Bordeaux) membre correspondant, l'*Histoire de la Faculté de médecine de Bordeaux*, qu'il vient de publier.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort prématurée d'un de ses membres titulaires, M. le docteur MARCHAL; notre collègue vient de succomber à la maladie qui, depuis longtemps, le tenait éloigné de nos séances.

— M. DUBRISAY présente deux enfants atteints de syphilis congénitale, qu'il a soumis à un traitement hydrargyrique prolongé, sous l'influence duquel leur état s'est considérablement amélioré. (L'observation sera publiée.)

— M. DUROZIEZ, revenant sur les difficultés d'application du *corset de Sayre*, dit que la lettre de M. de Valcourt (lue dans la dernière séance), n'a pas levé toutes ses incertitudes. Il faut fendre le corset après sa confection : est-ce une simple fente que l'on pratique, en enlève-t-on une plaque? M. Duroziez, dans le cas qu'il a observé, aurait éprouvé de la peine à pratiquer cette fente et à retirer ensuite le corset. Enfin on ne laisse pas sécher le corset sur le malade, on le fait sécher au soleil. Il y a là des procédés que M. Duroziez ne s'explique pas très bien, et sur lesquels il serait heureux d'entendre l'avis de ceux qui ont eu fréquemment l'occasion d'appliquer le corset de Sayre.

M. Gillebert-Dhercourt se bornera à dire qu'il n'a jamais eu recours à la pendaison; il a toujours appliqué le corset, l'enfant étant en résolution. Il n'a jamais fait de corset à vanne, parce que, chaque fois qu'il devenait trop étroit, il aimait mieux en appliquer un nouveau. C'est ainsi qu'il en a mis jusqu'à trois chez le même malade.

Enfin, quand il s'agit de couper le corset, l'enfant est placé dans un bain; une pratique dont il s'est également bien trouvé pour le ramollir, c'est d'appliquer un cataplasme bien humide pendant plusieurs heures.

*Tabès et syphilis.*

M. de Ranse : En présence de la difficulté qu'il y a de déterminer exactement les rapports de la syphilis et du tabès, il convient de recueillir soigneusement les observations publiées pour résoudre le problème. A ce titre, il appellera l'attention de la Société sur une observation de Oppenheimer parue dans la *Berlin. Klinisch. Wochenschrift*, 1888, n° 53, p. 1061, et qui se trouve résumée dans le numéro du 12 janvier 1889 de la *Gaz. méd. de Paris*. L'auteur arrive aux conclusions suivantes, que M. de Ranse accepte entièrement :

« Le tabès classique, maladie essentiellement incurable à sa période d'état, est rebelle au traitement spécifique, même quand les antécédents de syphilis sont des plus avérés; lorsque, dans le cours d'une affection qui évolue sous les traits plus ou moins fidèles du tabès, le traitement spécifique procure une guérison ou une amélioration le plus souvent transitoire, une observation attentive du cas fera presque toujours découvrir des traits ou une évolution autres que ce que l'on voit dans les cas de tabès classique; les cas de ce genre, quand ils donnent lieu à une nécropsie, s'accompagnent de lésions diffuses des centres nerveux et de leurs enveloppes, bien différentes de celles du tabès dorsalis vulgaire. Ce sont donc, en réalité, des cas de pseudo-tabès. »

M. Abadie : J'ai déjà eu l'honneur de faire ici même, il y a déjà quelques années, une communication sur ce même sujet et je dois constater que, depuis cette époque, le temps ne nous a pas apporté grand'chose de bien nouveau.

Nous reconnaissons, avec M. Fournier et la plupart de syphiligraphes, que très fréquemment on rencontre la syphilis chez les tabétiques, que cette fréquence est telle qu'il y a peut-être réellement une relation étroite de cause à effet entre ces deux états morbides. Mais je dois ajouter aussitôt que si tabès spécifique il y a, il ne se différencie en rien, ni par les signes cliniques, ni par sa manière d'être, à l'égard de nos divers traitements, du tabès vulgaire.

Dans cette discussion, je m'occuperai surtout de l'atrophie des nerfs optiques, qui est la manifestation de beaucoup la plus redoutable de la sclérose médullaire, car elle aboutit presque fatalement à la cécité. Oui, cela est vrai, un grand nombre de malades atteints d'atrophie des nerfs optiques ont eu la syphilis et rien ne paraît plus légitime que de les traiter par la médication spécifique, et pourtant elle échoue constamment. Ni l'iodure de potassium, ni les mercuriaux sous n'importe quelle forme ne peuvent enrayer l'atrophie même à une période aussi rapprochée que possible du début. Je dis plus, souvent ces médications sont plus nuisibles qu'utiles. Je sais bien que ce n'est pas là un argument péremptoire qui nous permette de rejeter la syphilis de l'étiologie du tabès. Nous voyons très souvent des manifestations spécifiques incontestables et incontestées résister aux médications iodurées et mercurielles les plus variées. La kératite parenchymateuse, par exemple, qui depuis les travaux d'Hutchinson appartient presque toujours sans conteste à la syphilis héréditaire tardive, se laisse bien peu impressionner par l'iodure de potassium et les frictions mercurielles. Quoi qu'il en soit, à l'heure actuelle, pour combattre l'atrophie des nerfs optiques, nous devons chercher dans l'arsenal thérapeutique d'autres armes que celles dont nous avons fait usage jusqu'à présent.

On a recommandé récemment, en Allemagne, les doses excessives d'iodure de potassium jusqu'à 10, 12 et même 15 grammes par jour. Je ne sache pas qu'on ait obtenu par cette méthode thérapeutique des succès éclatants.

A un moment donné, on a cru à l'efficacité de l'élongation des nerfs préconisée par

Langenbuch et Debove; et, de fait, quelquefois, à la suite de cette opération, les douleurs fulgurantes se calment et l'incoordination des membres inférieurs s'amende, mais c'est en général un répit de peu de durée.

M. de Wecker a eu à son tour l'idée de pratiquer l'élongation des nerfs optiques espérant modifier ainsi favorablement le processus de dégénérescence; sans doute que les résultats obtenus ne sont pas encore décisifs, puisque cet éminent praticien ne se décide pas encore à les publier. En ce qui me concerne, j'ai pratiqué quatre fois l'élongation des nerfs optiques; j'ai cru la première fois avoir obtenu une certaine amélioration, mais, les autres fois, le résultat a été nul, sinon mauvais.

En pratiquant des cautérisations profondes au fer rouge le long de la colonne vertébrale, M. Rigal était parvenu à faire cesser les douleurs fulgurantes des ataxiques. J'ai voulu user du même moyen, et j'ai, chez plusieurs malades, appliqué à la partie postérieure de la région cervicale des pointes de feu profondes allant jusqu'au squelette.

J'ai dû renoncer à ce moyen comme aux autres en présence de résultats tout à fait négatifs.

J'estime donc qu'à l'heure actuelle, le traitement de l'ataxie, ou tout au moins de sa manifestation la plus grave, l'atrophie des nerfs optiques, n'a fait encore aucun progrès sérieux. Il faut donc ne pas rester dans les sentiers battus et chercher constamment autre chose jusqu'à ce qu'on ait trouvé. Il ne faut pas croire la questiou bien avancée, parce qu'on a établi d'une façon indéniable que la syphilis se rencontrait parmi les antécédents pathologiques chez les tabétiques, car, ce qui est non moins indéniable, c'est que, même chez ceux-là, le traitement spécifique sous toutes ses formes actuelles ne guérit pas. Cherchons donc des variantes soit dans le mode d'administration, soit dans les doses, soit dans la nature des sels employés; mais ne piétinons pas sur place. M. Charcot vient précisément ces jours-ci de signaler les bons effets obtenus par la suspension contre les troubles de la motilité, les douleurs, l'impuissance génésique; il sera intéressant de rechercher si cette élongation de la moelle a aussi une influence favorable sur la dégénérescence des nerfs optiques.

M. de Beauvais : M. Abadie se rappelle sans doute un malade que nous avons soigné ensemble, on croyait à une atrophie des nerfs optiques, un œil était entièrement perdu, l'autre paraissait compromis. Le traitement par l'iodure de potassium n'avait donné aucun résultat. J'employais alors les injections de pilocarpine et un sirop aux hypophosphites à l'intérieur; l'amélioration fut notable, et aujourd'hui, après plusieurs années, le malade continue à vaquer à ses occupations et jouit d'une santé satisfaisante.

M. Duroziez : Quand un malade a du ptosis, de la paralysie des nerfs oculo-moteurs, quelle chance y a-t-il pour qu'il se produise des lésions profondes (atrophie des nerfs optiques)? J'ajouterai que, pour ma part, je suis convaincu que, moins on fait aux ataxiques, mieux cela vaut. Quand on intervient activement, généralement on leur fait du mal. Je connais un ataxique que j'observe depuis 1870, tant qu'on le laisse tranquille, il se porte assez bien. Jamais il n'a eu d'accidents que lorsqu'on a voulu le traiter activement.

M. Abadie : Je répondrai à M. de Beauvais que j'ai un souvenir très exact du cas auquel il a fait allusion. Il s'agissait bien d'un malade atteint d'atrophie des nerfs optiques, mais de cause cérébrale et consécutive à une névrite. Or, dans ces cas-là, le pronostic est tout différent et il peut très bien arriver que le processus s'arrête ou rétrocède, laissant définitivement intactes un certain nombre de fibres nerveuses. Mais il n'en est plus de même dans l'atrophie tabétique où, quoi qu'on fasse, la marche progressive de l'affection est bien rarement enrayée.

M. Duroziez demande si les paralysies des muscles de l'œil si fréquentes au début du tabès sont l'indice d'une altération prochaine des nerfs optiques.

A cette question, je puis répondre ainsi. Non, l'existence des paralysies du releveur ou des droits internes, qui guérissent, du reste, souvent spontanément, n'implique pas nécessairement que les nerfs optiques seront atteints à leur tour, pas plus qu'elle n'indique que le tabès revêtira telle ou telle forme et suivra une évolution déterminée. Mais il nous

arrive aussi de rencontrer la dégénérescence des nerfs optiques chez des tabétiques dont le début de l'affection a été la paralysie d'un ou de plusieurs muscles oculaires.

Quant aux traitements, j'ai dit que la plupart étaient inefficaces et pourtant nous ne pouvons nous croiser les bras en présence d'une affection si grave et d'un pronostic si désolant. Nous employons habituellement les courants continus, les injections sous-cutanées de strychnine aux tempes. L'effet de cette médication est généralement favorable; malheureusement il n'est que momentané.

M. de Beauvais : Messieurs, j'ai eu l'occasion récemment de contrôler ce que nous avait dit notre collègue, M. Dehenne, au sujet des injections d'ergotinine dans le diabète. J'ai, dans mon service à Mazas, un diabétique qui urinait 5 litres par jour et rendait de 75 à 80 grammes de sucre par litre. Je l'ai soumis au traitement de M. Dehenne, mais jusqu'ici sans avoir obtenu aucun résultat satisfaisant. Je continuerai l'observation de ce malade, et vous rendrai compte de ce que j'aurai obtenu.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

## COURRIER

Distinction honorifique. — Le docteur Justin Weil, ancien interne des hôpitaux de Lyon, et vice-président, à Paris, de l'Union lyonnaise, est nommé chevalier de l'ordre royal du Portugal pour ses services à la colonie portugaise de Paris.

— A partir du 6 février, M. le docteur Rouillard, chef de clinique de la Faculté, médecin-adjoint des asiles d'aliénés de la Seine, fera des conférences cliniques sur les maladies mentales, dans les pavillons de la clinique, à l'asile Sainte-Anne, tous les mercredis, à quatre heures de l'après-midi.

Société médico-pratique. — Séance du 11 février. — *Ordre du jour* : 1. M. Pennel : Sur un cas de môle hydatiforme. — 2. M. Groussin : Erysipèle infectieux chez un médecin ; dix-huit abcès. — 3. M. Dauchez : Incubation et contagion des oreillons. — 4. M. Ory : Traitement de la variole par la cocaïne. — 5. M. Fournier : De la pilocarpine dans un cas d'éclampsie puerpérale. — 6. M. Potherat : Cas de guérison de kyste hydatique du foie par l'injection de sublimé.

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 11 février 1889, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Vote sur les conclusions du rapport de la Commission chargée de l'examen de la proposition de revision des statuts. — 3. Déclaration de vacances : membres titulaires et membres correspondants. — 4. Rapport de la Commission permanente sur une affaire d'infanticide soumise à l'examen de la Société de médecine légale par M. le juge d'instruction de Vannes. — 5. M. Marcel-Briant : Des troubles de la mémoire consécutifs à l'intoxication par l'oxyde de carbone. — 6. M. Motet : L'état mental de Mariotti. — 7. Communications diverses.



Le *Gérant :* G. RICHELOT.

Paris, — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## La protection de l'enfance dans le département de la Seine.

*Statistique générale et quelques résultats nouveaux de l'application de la loi Roussel pour l'année 1887.*

Lecture faite à l'Académie de médecine le 5 février 1889.

Par le docteur R. Blache.

L'attention toute spéciale que l'Académie de médecine attache aux questions relatives à la protection de l'enfance et les encouragements accordés par sa bienveillance aux travaux que j'ai eu l'honneur de lui présenter sur l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine depuis quelques années, me font un devoir de les continuer pour l'année 1887, avec d'autant plus de raison, qu'aux constatations toujours utiles de la statistique, viennent s'ajouter, cette fois, certains résultats nouveaux et intéressants à plus d'un titre.

D'après les relevés que l'Administration supérieure dresse avec tant de soin et d'exactitude, le mouvement des enfants soumis à la surveillance donne lieu aux observation suivantes :

Le nombre d'enfants surveillés en 1887 a été de 4,925; il avait été de 4,913 en 1886. C'est une diminution insignifiante de 18, compensée par le chiffre de 1,719 enfants restant en surveillance à la date du 31 décembre 1887, et qui marque un excédent de 75 sur le chiffre de l'année précédente. On peut donc dire qu'à la fin de 1887, le service où 1,719 nourrissons se trouvaient encore surveillés avait acquis une importance qu'il n'avait jamais eue précédemment.

Sur les 4,925 enfants surveillés, dont 1,569 à Paris et 3,356 dans les communes suburbaines, proportion identique à celle de 1886, nous trouvons :

| | | |
|---|---|---|
| 2,352 | enfants élevés par nourrices au sein, soit........... | 47 p. 100. |
| 1,898 | — — au biberon, soit ....... | 38 — |
| 675 | — par sevreuses ou gardeuses, soit... .. | 13 — |

Le nombre des enfants élevés au sein a subi une certaine diminution : on en compte 146 de moins que pour 1886, tandis que le nombre des enfants élevés au biberon a augmenté de 76, et celui des enfants en sevrage et en garde de 52.

Il y a là pour le premier mode d'élevage une perte que j'avais déjà constatée en 1884 et 1885 et qui représente 5,28 p. 100. Elle s'explique par l'élévation toujours croissante des prix demandés par les nourrices au sein, alors qu'au contraire les nourrices au biberon modèrent et même abaissent les leurs. Il est malheureusement trop certain que la cherté toujours plus

grande de la vie matérielle détermine beaucoup de familles à préférer le mode d'élevage le moins coûteux. Au point de vue de la santé des enfants, comme sous beaucoup d'autres rapports, c'est une tendance regrettable contre laquelle il faut réagir en insistant plus que jamais, ainsi que je le fais en toute occasion, sur l'incontestable supériorité de l'élevage au sein.

Le hasard a voulu qu'en 1887 les nourrissons surveillés se répartissent par moitiés égales à une unité près entre les deux sexes, 2,463 garçons, 2,462 filles. Quant à l'état civil des 4,925 enfants surveillés, il est à remarquer que la proportion des enfants naturels, dont j'avais signalé l'abaissement en 1886, a repris la marche ascendante constatée les trois années précédentes. Elle est revenue à ce qu'elle était en 1885 : 29,09 p. 100.

En enregistrant la diminution toujours progressive du nombre des décès survenus parmi les enfants surveillés pendant les années antérieures, j'exprimais la confiance que le minimum sans précédent atteint en 1886 pourrait s'abaisser encore. L'Académie apprendra avec satisfaction que cette prévision s'est réalisée. La mortalité en 1887 a été de 363 sur 4,925 nourrissons surveillés, soit une proportion de 7,37 p. 100, en diminution de 0,58 p. 100 sur l'année précédente. Cette diminution est d'autant plus notoire, qu'il y à eu, en 1887, un grand nombre de maladies épidémiques; car, sur 315 cas de maladies épidémiques et contagieuses, la rougeole qui a sévi particulièrement cette année, a donné lieu à 197 cas. Au total, 1,271 cas de maladies ont été observés dans le cours de l'année, sur lesquels 1,110 ont pu être guéris ou améliorés, soit 64,49 p. 100; 159 enfants ont été retirés malades, 363 sont décédés et 89 restaient malades dans le service au 31 décembre 1887.

Pour la nature des maladies, il résulte de la moyenne des cas observés en 1887, que sur 100 enfants décédés :

| | | | |
|---|---|---|---|
| 24 | ont succombé | à des maladies | du système nerveux. |
| 17 | — | — | de l'apparei espiratoire. |
| 38 | — | — | de l'apparei digestif. |
| 15 | — | — | épidémiques ou contagieuses. |
| 6 | — | — | diverses. |

Il y a lieu d'observer que les décès causés par les maladies du système nerveux atteignent chaque année un chiffre de plus en plus élevé, et l'on peut se demander s'il n'y a pas là une certaine corrélation avec l'acroissement signalé sans cesse dans le nombre des aliénés et surtout des alcooliques.

Par rapport au mode d'élevage, sur 363 nourrissons décédés, 160 étaient élevés au sein, 177 au biberon et 26 en garde et en sevrage.

On le voit, l'élevage au sein a été proportionnellement un peu plus frappé que l'élevage au biberon, mais la différence est minime, et d'ailleurs, malgré notre préférence inébranlable pour le premier mode d'élevage, je ne puis qu'être satisfait de voir s'améliorer les conditions dans lesquelles le second se pratique. Mais pour que ces conditions puissent s'améliorer encore, il serait à souhaiter que l'administration supérieure sanctionnât, comme elle s'y montre disposée du reste, le vœu émis par certains médecins inspecteurs :

« Exiger des parents qui veulent placer un nouveau-né au biberon, un certificat médical constatant que l'enfant peut être soumis à ce mode d'alimentation. »

Je crois devoir résumer les détails qui précédent par un tableau présentant la marche décroissante de la mortalité parmi les enfants protégés depuis les six dernières années :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Pour 1882............. | 9,72 p. 100. | Pour 1885............. | 8,36 p. 100. |
| — 1883............. | 9,30 — | — 1886............. | 7,95 — |
| — 1884............. | 8,86 — | — 1887............. | 7,37 — |

Ces chiffres ont une éloquence considérable et affirment d'une façon éclatante les bienfaisants effets de la protection exercée sur la première enfance.

Au point de vue de l'âge, les proportions de la mortalité sont restées les mêmes qu'en 1886, soit un tiers pour les enfants décédés de 1 jour à 3 mois, un tiers pour ceux qui avaient de 3 à 8 mois, et le dernier tiers pour les enfants de 8 mois à 2 ans.

La statistique par quartier n'offre pas de variations; elle confirme la supériorité relative du séjour de Paris sur celui de la banlieue.

Toujours plus faible en automne et pendant les trois premiers mois d'hiver, la mortalité qui généralement est plus forte en été, a épargné cette saison en 1887. Par contre, c'est la saison du printemps qui a été la plus éprouvée, en avril et en mai; elle a fourni, à elle seule, le tiers exact des décès, par suite des maladies épidémiques, tandis qu'en été, malgré des chaleurs égales à celles de 1886, un abaissement sensible s'est produit :

| | |
|---|---|
| 35 décès en juillet au lieu de............................ | 45 |
| 38 — en août au lieu de............................ | 59 |
| 27 — en septembre au lieu de............................ | 51 |

Il y a tout lieu de penser que la surveillance exercée sur l'alimentation des nourrissons n'est pas étrangère à ce résultat.

Aussi, est-ce à juste titre que l'Administration supérieure se préoccupe d'assurer aux nourrissons malades les soins des médecins-inspecteurs et songe même à les multiplier encore. Le nombre considérable des enfants décédés sans avoir reçu la visite ou n'ayant reçu qu'une visite du médecin — 125 sur 363, plus d'un tiers — prouve qu'il est nécessaire de prendre certaines mesures qui consisteraient, par exemple, à prescrire aux employés des mairies d'informer immédiatement le médecin-inspecteur de la présence d'un nourrisson chez telle ou telle nourrice, sans attendre le lent accomplissement de toutes les formalités réglementaires; à réduire de huit à trois jours, le délai accordé au médecin-inspecteur pour faire sa première visite au nouveau nourrisson, avec obligation de la renouveler deux fois pendant le premier mois du placement. L'autorité compétente manifeste dans ce sens des intentions auxquelles elle donnera suite, sans aucun doute, et qui lui donnent déjà de nouveaux droits à la reconnaissance publique.

Je suis heureux de rendre également hommage à la sollicitude persévérante que l'Administration consacre à la question si importante de la vaccination, sur laquelle j'ai déjà donné quelques aperçus et que je reprends aujourd'hui pour enregistrer les progrès obtenus et exprimer certains desiderata.

Au 31 décembre 1887, il restait 575 nourrissons à vacciner au lieu de 629 qui se trouvaient dans le même cas, au 31 décembre 1886. En ajoutant à ce dernier chiffre celui des 2,361 enfants non vaccinés qui sont entrés dans le service, on arrive au total de 2,990 nourrissons qui étaient à vacciner en

1887, dont 1,449 l'ont été et 996 n'ont pas pu l'être, par suite de sortie ou de décès.

Donc, la vaccination a été pratiquée sur les trois cinquièmes des nourrissons à vacciner, et si elle ne l'a pas été sur les deux autres cinquièmes, c'est que les enfants sont sortis du service ou sont morts avant d'avoir été l'objet de la mesure prophylactique prescrite par les règlements.

En somme, la proportion du nombre des enfants restant à vacciner, qui, au 31 décembre 1886, atteignait 38,20 p. 100, n'était plus au 31 décembre 1887 que de 33,44 p. 100. En d'autres termes, cinq dixièmes seulement des nourrissons à vacciner en 1886 ont bénéficié de la mesure préservatrice, tandis que, en 1887, les six dixièmes en ont bénéficié. C'est un progrès minime sans doute, et, pour l'obtenir, il a fallu lutter contre la négligence ou les préjugés dont j'ai parlé dans un précédent travail. Il faut donc chercher les moyens d'obtenir mieux encore malgré les difficultés. C'est ainsi que les nourrices qui ne font pas vacciner leurs nourrissons, ne font qu'obéir à une défense formelle des parents. Je me demande si l'on ne pourrait pas imposer à ceux-ci l'obligation effective de faire vacciner leur enfant, placé en nourrice ou en garde, sous peine de poursuites ou d'amende, comme on exige un certificat de vaccine pour tout enfant qui est mis à l'école. Seulement, l'Administration devrait alors, de son côté, assurer cette obligation, en organisant un service de vaccination permanent et gratuit dans les communes suburbaines qui en manquent totalement. A l'heure actuelle, les nourrices sont forcées, soit de venir à Paris, où ce service existe en fait, soit de s'adresser, en payant, à des médecins ou à des sages-femmes qui, trop souvent, ne disposent que de vaccin inefficace. Je citerai, comme preuve, des cas de variole constatés à la fin de 1887, chez des enfants de 12 et 18 mois, vaccinés pourtant, mais sans succès. Et pourtant l'initiative privée fait aussi des efforts dans le but d'aider la propagation de la vaccine; ainsi la Société protectrice de l'enfance de Paris a fait, cette année même, vacciner 514 enfants et a pu envoyer des tubes de vaccin à plus de 50 de ses médecins-inspecteurs de province.

Quant aux nourrices, l'admission de celles qui se présentent à la visite sans avoir été vaccinées doit être ajournée, jusqu'à ce qu'elles l'aient été : un délai d'une quinzaine de jours suffit à cet effet. En tout cas, la vaccination devrait être pratiquée d'office par le médecin-inspecteur sur les nourrices qu'il reconnaît non vaccinées, lorsqu'il visite un nourrisson chez elles. J'insiste d'autant plus sur ce point que le nombre des enfants placés directement par leurs parents, en nourrice, en sevrage ou en garde, suit une marche ascendante. Il y en a eu 2),6 8, en 1887, soit 384 de plus qu'en 1886, savoir 2,425 dans le département de la Seine et 18,183 dans les autres départements.

Sur le total des naissances, qui s'est élevé à 74,112, soit 158 de moins qu'en 1886, la proportion des placements a été de 27,80 p. 100, supérieure de 0,57 p. 100 à celle de 1886.

D'où il résulte qu'un peu plus du quart des enfants qui naissent à Paris, est placé en nourrice, savoir, un huitième, dans le département de la Seine, et les sept autres huitièmes, en dehors.

13,686 nourrices, sevreuses ou gardeuses se sont présentées à la contre-visite médicale, — 71 de moins qu'en 1886.

Sur ce nombre de 13,686 :

10,029 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au sein.
3,612 — — — au biberon.
45 — refusées pour des motifs médicaux.

Ici se placent une série d'observations qui réclament l'attention :

Sur les 45 nourrices refusées, 11 l'ont été pour accidents syphilitiques. L'une d'elles était même atteinte d'accidents secondaires qui n'ont été reconnus qu'à la contre-visite, et il y avait déjà quinze jours qu'elle était entrée en place et n'avait pas manqué de contaminer son nourrisson. Plainte fut portée, et la directrice du bureau qui avait placé cette nourrice fut condamnée à 100 francs d'amende. Franchement, c'est peu ! Par contre, 9 nourrices furent infectées par le nourrisson que cette femme avait eu précédemment et, à leur tour, elles allaient inconsciemment contaminer d'autres enfants, si la contre-visite ne les en avait pas empêchées.

Mais cet examen médical peut être inefficace s'il a lieu pendant la période d'incubation de la maladie. Comment donc prévenir le péril?

La question est, je le sais, de celles dont se préoccupe la vigilante sollicitude de l'Académie. Elle a même été saisie d'une proposition à ce sujet par la commission chargée d'étudier la prophylaxie de la syphilis. Cette proposition consistait à ajouter à la réglementation administrative des bureaux de nourrices la disposition suivante :

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement « que sur la présentation d'un certificat médical ainsi conçu : Je soussigné, « docteur en médecine, certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les « parents de l'enfant X..., auxquels je donne des soins depuis (préciser « l'époque), soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être « transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

L'Académie n'a pas cru devoir donner suite à cette proposition ; elle a jugé, sans doute, que la mesure aurait un caractère délicat, inquisitorial et ne serait peut-être pas d'ailleurs infaillible. Faute de mieux, j'inclinerais vers un moyen terme : Exiger sur le livret de toute nourrice qui depuis moins de deux mois allaite un nourrisson, un certificat médical constatant que celui-ci n'était pas atteint d'une maladie contagieuse. Voilà pour les nourrices sur lieu. On dira bien qu'il semble difficile d'imposer aux parents de semblables justifications; je n'en disconviens pas, mais je réponds que la question vaut bien la peine que l'on passe par-dessus quelques susceptibilités. Un fait suffira pour prouver combien elle est grave : En 1887, on a constaté qu'un enfant atteint de syphilis avait eu successivement 8 nourrices; cette situation a été reconnue à la huitième qui était contaminée. Mais les 7 autres, qu'en est-il advenu?

Pour les nourrices qui emportent leur nourrisson, je sais bien que l'Administration a très sagement prescrit un certificat médical constatant : 1° Que l'enfant est dans un état de santé qui lui permet de supporter les fatigues du voyage. — 2° Que ce même enfant ne présente aucun symptôme de maladie contagieuse. — Ce certificat doit être délivré, non par une sage-femme, mais par un docteur en médecine.

Tout cela est très bien, assurément; mais les accidents syphilitiques n'apparaissent parfois qu'au bout de quinze à vingt jours, c'est-à-dire après que l'enfant est parti en nourrice, et alors?..... — Encore une fois, la question est très difficile, très compliquée; elle a déjà fait de grands pas; il lui en reste à faire de plus décisifs encore, et j'ai la ferme confiance qu'à force de chercher, on trouvera.

En attendant, je ne saurais trop insister sur les services que peut rendre la surveillance exercée sur les nourrissons par les médecins inspecteurs, et je tiens à signaler particulièrement ceux qu'ils ont rendus en 1887, notamment en faisant retirer d'office 118 enfants à des nourrices, sevreuses ou gardeuses dont l'allaitement, le logement insalubre, ou la mauvaise santé pouvaient mettre en péril celle de l'enfant ou même son existence.

Combien est utile, dans tous ces cas, l'intervention du médecin-inspecteur! Que d'enfants peuvent être sauvés de la maladie et de la mort par un changement de nourrice opportun, un milieu plus salubre, des soins meilleurs, une alimentation plus saine! etc., etc. — Ce n'est pas l'Académie que j'ai besoin de convaincre de cette vérité. Ses « *Conseils d'élevage* » en font foi, et je ne saurais mieux terminer qu'en émettant le vœu que ces « *Conseils d'élevage* » soient affichés et distribués dans les bureaux de nourrices, les crèches, les asiles, les services d'accouchements des hôpitaux, les mairies, et notamment qu'un exemplaire en soit joint aux livrets de famille qui se délivrent à la célébration des mariages. Ainsi, l'enfant se trouvera protégé, même avant sa naissance.

## ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

*Action des inhalations du chlorure d'éthylène pur sur l'œil*, par M. R. Dubois. — « M. Panas a récemment adressé à l'Académie un examen critique de faits relatifs à l'action du chlorure d'éthylène sur la cornée, que j'avais consignés dans diverses publications. J'avais signalé l'injection de la conjonctive, le trouble de la cornée, qui devient porcelanique, l'éclaircissement spontané de la cornée, l'immunité des autres parties de l'œil, etc. J'avais indiqué, en outre, les expériences au moyen desquelles j'ai établi que le chlorure d'éthylène agit sur la face postérieure de la cornée, et qu'il laisse celle-ci sans défense contre l'humeur aqueuse, qui vient imbiber et gonfler les éléments anatomiques modifiés par le passage du poison.

J'ai supposé que l'épithélium de la membrane de Descemet devait être modifié; mais dans aucun cas, lorsque la cornée avait été enlevée immédiatement après l'apparition de l'opacité, et convenablement préparée, je n'ai pu constater la desquamation épithéliale et les phénomènes de karyokinèse, dont parle M. Panas. Lorsque l'opacité existe depuis plusieurs heures, l'examen microscopique révèle l'existence de modifications profondes de l'épithélium postérieur, mais elles sont consécutives à l'apparition de l'opacité cornéenne.

J'ai suffisamment insisté sur la nature des changements de résistance du globe oculaire.

Les modifications qui surviennent au bout d'une demi-heure environ d'anesthésie profonde par le chlorure d'éthylène, et que j'attribue à une déshydratation du tissu cornéen, sont faciles à constater à l'œil nu, et mieux encore avec l'aide de la loupe ou du miroir ophthalmoscopique.

Enfin, j'ai répété mes expériences sur l'éclaircissement partiel des cornées opacifiées récemment. Sur plusieurs animaux dont la cornée était assez opacifiée pour qu'il ne fût plus possible de distinguer les bords de l'iris, j'ai pu rendre distincts tous les détails de la face antérieure de cette membrane par l'inhalation, prolongée assez longtemps, de vapeurs anesthésiques (chlorure d'éthylène, chloroforme, benzine). »

*Sur la virulence des cultures du bacille cholérique et l'action du salol sur cette virulence.* — A une réclamation de priorité faite par M. Hueppe pour lui et pour M. Sahli, au sujet de l'emploi du salol contre le choléra, M. W. Lœwenthal répond ainsi : « M. Hueppe, en prenant part à la discussion sur la prophylaxie et le traitement du choléra, au Congrès

de médecine interne à Wiesbaden, le 11 avril 1888, dit incidemment « qu'il faudrait « essayer des remèdes qui traversent l'estomac et ne se décomposent que dans l'intestin, « tels que le tribromophénol, le salicylate de bismuth ou le salol »; il ajouta immédiatement : « Je ne veux nullement prétendre que ces remèdes soient des spécifiques; j'au« rais simplement voulu laisser entrevoir le chemin à prendre pour arriver à une thérapie étiologique (*Verhandlungen*, p. 205).

M. Sahli fut le premier à essayer le salol en thérapeutique, mais c'était comme succédané du salicylate de soude dans les affections rhumatismales, et notamment dans le rhumatisme articulaire (*Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, nos 12 et 13 de 1886). En même temps, M. Sahli recommanda d'essayer le salol dans un grand nombre de maladies, le choléra entre autres...

Il est inutile, dit M. Lowenthal, d'insister sur la différence entre ces recommandations et la démonstration expérimentale de ma proposition, qui part d'un point de vue nouveau, à savoir l'influence du suc pancréatique sur le bacille du choléra.

M. Hueppe révoque en doute cette influence; il se demande si ce n'est pas la vie anaérobie, que le bacille est supposé mener dans ma pâte, qui rend toxiques les cultures. Cette supposition me paraît peu fondée. Les cultures, dans une pâte de même consistance, *ne sont pas toxiques* si la pâte ne contient pas de pancréas; d'autre part, les cultures au bouillon pancréatisé *sont toxiques*, tandis que les cultures au bouillon ordinaire ne le sont pas. Il est donc évident que la question d'aérobiose ou d'anaérobiose, toute importante qu'elle puisse être dans d'autres circonstances, n'a rien à voir dans la toxicité de mes cultures.

*Passage du bacille de Koch dans le séton de sujets tuberculeux*, par M. F. Peuch. — Plusieurs expériences ont démontré à M. Peuch que le séton d'une vache tuberculeuse transmet cette maladie au cobaye.

Dès lors, dans les cas douteux, il est possible d'établir, d'une manière certaine, le diagnostic de cette affection, et d'appliquer rationnellement les mesures sanitaires prescrites par le décret du 28 juillet 1886, pour les bêtes bovines tuberculeuses.

*Les salicylates des krésols*, par M. von Nencki. — « La communication de M. Lœwenthal relative à l'action du salol sur les bacilles du choléra m'engage à publier ce qui suit: Par un procédé analogue à celui employé pour la préparation du salol, on peut avec les krésols préparer trois salicylates isomères.

Dans l'organisme, et cela non seulement par le pancréas, mais aussi par les autres organes comme, par exemple, par les muscles, ces corps sont décomposés en leurs constituants. D'après les expériences faites jadis dans mon laboratoire, les krésols possèdent les mêmes propriétés antiseptiques que le phénol et, par cela même, les salicylates de krésol ont, comme antiseptiques, la même valeur que le salol.

Or, l'emploi du salol dans le choléra avait déjà été recommandé par M. Sahli dans sa première publication. D'après mes expériences physiologiques, pour le cas où il s'agit, pour ainsi dire, de submerger l'organisme et plus spécialement le tube digestif avec une substance à la fois antiseptique et inoffensive, je crois le salicylate d'ortho-krésol ou de para-krésol encore plus indiqué que le salol. Ces éthers étant facilement décomposés en leurs constituants, et l'acide salicylique pas plus que le phénol ou les krésols n'étant des corps indifférents, il sera bon néanmoins d'user de prudence dans l'administration de ces substances chez les malades. »

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

**Séance du 6 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.**

Sommaire : Plaies pénétrantes de l'abdomen. — Myomes utérins pédiculés; symptômes et traitements.

M. Lannelongue rapporte une nouvelle observation de kyste dermoïde chez un homme de 48 ans. Il insiste sur ce fait qu'il s'était développé au niveau d'une petite tache érectile.

— M. Chauvel lit deux observations de M. Baudon (de Nice) rapportant des cas de plaie pénétrante de l'abdomen. Dans la première, il s'agit d'une jeune fille qui s'était tiré un coup de revolver dans le creux épigastrique. La balle ressortit par le dos et un vomissement noir immédiat montra que l'estomac était atteint. L'opium, l'alcool, la glace et l'immobilisation permirent la guérison. La seconde observation a trait à un jeune homme de 20 ans, qui reçut une balle de revolver dans l'hypochondre gauche; deux jours après, le blessé eut une selle sanglante. Le traitement fut à peu près le même que dans le cas précédent, et le malade guérit.

Il y a des plaies de l'estomac et du gros intestin qui guérissent assez souvent sans intervention opératoire, et l'on sait la différence qu'il y a, au point de vue de la gravité, entre les plaies sus et sous-ombilicales. En Amérique, d'après les statistiques, les interventions sont fréquemment suivies de succès et la proportion de ces derniers semble augmenter; il n'en est pas de même en France, bien au contraire. Cela tient, pour M. Chauvel, à ce que l'on opère trop tard. Il partage complètement l'avis de M. Nélaton, qui recommande l'intervention hâtive, et croit, comme lui, que, dès qu'il y a des symptômes de péritonite, les chances de succès sont très réduites. Du reste, il faut encore attendre avant de poser des règles définitives, car le nombre des faits observés n'est pas encore assez nombreux.

M. Kirmisson fait remarquer que, dans le cas de M. Berger, où la blessure de l'estomac datait déjà de quelque temps, la plupart des chirurgiens auraient agi comme lui, c'est-à-dire n'auraient pas opéré. Dans sa seconde observation et dans celle de M. Nélaton, il est évident que l'on est intervenu trop tard, à un moment où la péritonite était déjà évidente. Enfin, dans le dernier fait de M. Nélaton, la terminaison fatale est due à ce qu'une des sutures laissait écouler les matières dans le péritoine.

Les plaies pénétrantes de l'estomac et de l'intestin guérissent assez souvent spontanément. Les perforations peuvent être très larges avec des balles de petit calibre, car leur grandeur dépend surtout de l'angle sous lequel le projectile rencontre le tube intestinal.

En Amérique, Dalton, sur 69 cas de laparotomie, a relevé 27 guérisons, sa statistique comprenant, il est vrai, des faits de laparotomie exploratrice, et d'autres de plaies de l'estomac et de l'intestin qui auraient pu guérir sans intervention. Depuis, 3 nouveaux cas ont encore été suivis de guérison.

M. Terrier est partisan de la laparotomie, même pour les plaies de l'estomac qui peuvent guérir, mais ne guérissent pas à coup sûr spontanément. Il est facile de montrer la cause des succès que les chirurgiens obtiennent en Amérique. A Paris, lorsqu'un blessé est ramassé sur la voie publique, on le porte d'abord chez le pharmacien ou chez l'herboriste, et ce n'est qu'ensuite qu'il est transporté à l'hôpital. Là les internes n'osent pas opérer, et ce n'est qu'après plusieurs heures que le chef du service ou un chirurgien du Bureau central peut intervenir. Il n'en est pas ainsi dans les grandes villes d'Amérique. Le blessé est porté immédiatement à l'hôpital, et, quand le cas l'exige, opéré séance tenante. Quand ces conditions seront réalisées en France, on y aura les mêmes succès.

M. Quénu pense qu'il ne faut pas toujours préconiser la non-intervention dans les plaies de l'estomac. Il a été récemment appelé une demi-heure après la blessure, auprès d'une jeune femme de 21 ans qui s'était tiré un coup de revolver dans le huitième espace intercostal gauche. L'estomac, presque vide, devait avoir été atteint dans sa partie supérieure. Il n'y avait pas de vomissements de sang, et M. Quénu employa comme traitement les injections de morphine à haute dose, les injections d'eau sous la peau, les lavements vineux, l'immobilisation et l'application de glace sur l'abdomen. Malgré tout, il y eut des hématémèses et une péritonite qui emporta la malade le cinquième jour. Il regrette, dans ce cas, de n'avoir pas opéré.

M. Berger regrette que M. Quénu n'ait pu faire l'autopsie de sa malade. Il aurait pu voir si les plaies de l'estomac étaient faciles à suturer. Il est loin d'en être toujours ainsi, et, dans un cas de plaie du ventricule par coups de couteau, M. Berger a eu les plus

grandes difficultés à trouver la plaie postérieure. On ne peut poser actuellement de règles absolues indiquant la conduite à tenir. Il vaut mieux ne pas opérer quand la blessure est faite depuis déjà un certain temps, quand on peut penser à une péritonite circonscrite. Encore aujourd'hui les résultats sont mauvais quand il s'agit de plaies de l'intestin.

M. Peyrot partage l'avis de M. Terrier relativement à la nécessité d'intervenir promptement. Il a eu dernièrement à soigner un garçon de 20 ans qui avait reçu une balle à droite de l'ombilic et ne put intervenir que le lendemain matin. A ce moment, le seul symptôme inquiétant était une grande fréquence du pouls. Après l'ouverture du ventre, M. Peyrot trouva une double perforation de l'estomac, du côlon transverse et du duodénum, derrière lequel la balle fut retrouvée avec des fragments de vêtements. Le blessé, sans avoir présenté de nouveaux phénomènes, mourut le quatrième jour dans le collapsus. Il aurait probablement été sauvé si l'on était intervenu plus tôt.

M. Nélaton fait un rapport sur une observation envoyée par M. Villadorès qui relate la guérison d'un anévrysme de l'artère sous-clavière par les courants continus chez un homme de 35 ans. Le malade était syphilitique et prenait en même temps de l'iodure de potassium.

M. Terrier rappelle que, chez les syphilitiques, beaucoup de dilatations artérielles sont soit guéries, soit arrêtées dans leur marche par l'emploi de l'iodure. Il a eu occasion d'en voir de nombreux exemples. Il est probable que dans le fait de M. Villadorès les courants continus ont été peu actifs.

M. Kirmisson fait allusion à une clinique de M. Jaccoud dans laquelle ce dernier signale vingt-deux cas d'anévrysmes de l'aorte améliorés par l'iodure et M. Marc Sée rappelle que ce traitement a été dernièrement l'occasion d'une discussion à l'Académie.

M. Verneuil fait remarquer que tout cela est connu depuis longtemps, et que c'est Bouillaud qui, le premier, a préconisé l'iodure dans les anévrysmes.

— M. Terrillon fait une communication sur les myomes utérins pédiculés et douloureux. Les myomes sous-séreux pédiculés sont généralement regardés comme ayant peu d'inconvénient. Cependant ils peuvent devenir la source d'indications opératoires soit à cause de leur volume, soit à cause des douleurs qu'ils occasionnent.

Les douleurs sont localisées au point où la tumeur est facilement accessible; elles s'exagèrent par la marche, les cahots des voitures, la station debout et se calment par le décubitus dorsal. En même temps, les malades se plaignent de troubles gastriques et intestinaux.

Souvent les fibromes pédiculés sont accompagnés de tumeurs de même nature interstitielles ou sous-muqueuses; il n'est pas nécessaire de les enlever, car l'ablation de la masse sous-péritonéale suffit pour faire cesser les accidents. Le fibrome sous-séreux est souvent irrégulier, bosselé et ces irrégularités sont très probablement la cause des accidents qui accompagnent les déplacements de la tumeur. D'autre part, on peut encore invoquer une adhérence du myome à l'épiploon; cette adhérence que M. Terrillon a rencontrée dans les quatre cas qui sont le sujet de sa communication entraîne nécessairement des tiraillements des viscères.

Le pédicule de la tumeur est formé, tantôt par les tissus du péritoine, tantôt par du tissu utérin. Dans ce dernier cas, il faut faire la ligature avec un tube de caoutchouc que l'on abandonne dans le ventre.

M. Terrillon lit les quatre observations qu'il a recueillies dernièrement. Les quatre opérations se sont terminées par la guérison.

M. Desprès trouve étonnant que les douleurs disparaissent après l'ablation de fibromes pédiculés quand il reste des fibromes interstitiels.

M. Routier, dans un cas qui lui est personnel, s'est borné à enlever le corps fibreux pédiculé chez une femme atteinte en même temps de myome interstitiel. Les accidents qui l'avaient forcé à intervenir ont disparu et la malade s'est rétablie.

M. Terrier regarde les douleurs comme dues principalement aux adhérences épiploïques et aux altérations des annexes. Elles peuvent être très intenses, même quand le fibrome est très petit.

M. Lucas-Championnière, quand il y a à la fois des tumeurs pédiculées et d'autres interstitielles, conseille de les enlever toutes.

— M. Vautrin présente un malade guéri de péritonite tuberculeuse à la suite d'une laparotomie exploratrice.

— M. Chauvel présente un amputé sur lequel il a fait, avec un résultat excellent, l'opération de Lisfranc.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 février 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *Améliorations réalisées et réalisables dans les hôpitaux. — Relations du goître exophthalmique avec l'ataxie locomotrice.*

M. Millard a pris texte du procès-verbal de la communication faite par M. Sevestre dans la séance dernière au sujet de la contagion de la rougeole et de la diphthérie aux Enfants-Assistés — pour rendre justice aux efforts que fait depuis plusieurs années l'administration de l'Assistance publique afin d'améliorer les services hospitaliers. M. Grancher a obtenu l'année dernière une somme importante pour organiser l'antisepsie médicale dans son service et acquérir une étuve à vapeur humide sous pression. 500,000 fr., prélevés sur les paris de courses, vont être mis prochainement à la disposition de l'Assistance publique et le Conseil de surveillance en a réglé ainsi l'emploi : 180,000 fr. pour envoi à titre d'essai d'enfants scrofuleux dans les stations thermales ou maritimes; — 120,000 pour acquisition de nouvelles étuves à désinfection; — 200,000 fr. pour améliorer le mobilier des services hospitaliers.

M. Lailler estime qu'on obtiendrait un meilleur résultat en consacrant la plus grande partie des 200,000 fr. du troisième lot à certains services particulièrement exposés à la contagion plutôt qu'en les répartissant uniformément sur tous les services ; ce qui ne fera qu'une somme insignifiante pour chacun d'eux.

M. Rendu se plaint qu'il y ait dans les services une telle accumulation de brancards que l'aération est devenue tout à fait insuffisante. Il demande pourquoi les communes qui envoient leurs malades dans les hôpitaux parisiens ne paient pas leurs frais de séjour.

— M. G. Ballet revient sur une communication faite dans une précédente séance par M. Barié au sujet des relations du goître exophthalmique avec l'ataxie locomotrice. M. Barié croit que le goître-névrose est beaucoup plus rare que celui qui est causé par des lésions bulbaires ou bulbo-protubérantielles; lorsque le goître exophthalmique se montre chez un tabétique, dit M. Barié, c'est qu'une altération bulbo-protubérantielle s'est produite. M. Ballet, qui a partagé autrefois cette manière de voir à l'occasion d'une observation publiée par M. Féréol (goître exophthalmique avec tremblement, parésie, hyperalgésie et hémianesthésie chez un forgeron de 41 ans), a changé d'avis depuis que les études récentes ont fait connaître la fréquence de l'hystérie chez l'homme adulte. Le malade de M. Féréol était bien un hystérique; dès lors il n'y avait pas besoin d'invoquer une lésion bulbaire chez lui pour expliquer les symptômes de goître exophthalmique.

M. Ballet pense, comme M. Joffroy, que lorsque le tabès et la maladie de Basedow coexistent, il y a simplement association de deux maladies, une lésion systématisée d'une part et de l'autre une simple névrose. La neurasthénie se combine bien souvent avec le tabès; pourquoi le goître exophthalmique ne ferait-il pas de même? Ces associations morbides se montrent surtout chez des héréditaires, des gens à tare nerveuse originelle; ce qui est le cas de presque tous les tabétiques. M. Ballet se sépare de M. Joffroy sur un point. Quand la tachycardie se présente chez un tabétique, il n'y a pas lieu d'admettre

une maladie de Basedow fruste, pense M. Joffroy, mais seulement un symptôme tabétique insolite. M. Ballet croit que la tachycardie est un signe vraiment caractéristique des formes frustes de la maladie de Basedow, qui passaient inaperçues autrefois.

M. Ollivier ayant dit avoir observé un tabétique qui présentait une hyperhydrose et une séborrhée très intenses, M. Ballet propose de rapprocher ces hypersécrétions cutanées des hypérémies intestinales (crises de diarrhée) déjà connues et de la sialorrhée qu'il a observée une fois.

M. Dumontpallier ne croit pas que la maladie de Basedow guérisse jamais; il n'a jamais observé une guérison parmi le grand nombre de malades de ce genre que Trousseau avait réunis.

M. Ballet peut citer deux guérisons typiques qu'il a observées récemment. Dans l'un de ces cas, la malade, qu'il avait connue un an avant avec 120 à 160 pulsations, un gros cou et des yeux en boules de loto, ne présentait plus aucun de ces attributs; M. Ballet ne la reconnaissait pas. La seconde malade est demeurée guérie depuis dix ans d'une neurasthénie accompagnée de goître exophthalmique; mais elle est devenue mélancolique. La guérison, rare dans les cas très accentués, est fréquente dans les formes atténuées et frustes; elle est obtenue par l'électrisation (courants faradiques et surtout courants continus). — P. L. G.

## FORMULAIRE

Traitement de la blépharite ulcéreuse. — A. Trousseau.

On nettoie convenablement la base des cils, on enlève avec une pince toutes les croûtes, et on applique des compresses imbibées d'une solution contenant 2 gr. 50 d'acide phénique pour 350 grammes d'eau. Ces compresses sont employées chaudes, et maintenues en place pendant une demi-heure, deux ou trois fois par jour. — Lorsque les paupières sont suffisamment nettoyées et désinfectées, on touche les ulcérations, soit avec la pointe effilée du crayon de nitrate d'argent, soit avec un pinceau trempé dans la solution suivante : Nitrate d'argent 0 gr. 20 centigr., eau distillée 150 grammes. — Si les ulcères sont torpides, on peut les stimuler avec la teinture d'iode pure. Dans bien des cas, il est utile d'arracher tous les cils, qui repoussent plus tard. — Après la cicatrisation des ulcérations, on a recours, matin et soir, aux compresses d'eau additionnée de sous-acétate de plomb, et on applique, la nuit, la pommade au précipité rouge. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Piqures d'abeilles contre le rhumatisme. — M. Terc indique, dans la *Wiener medicinische Presse* un moyen singulier d'immunité contre le rhumatisme. Il consiste à saturer l'économie du venin d'abeilles. M. Terc aurait remarqué que chez les rhumatisants, a tuméfaction, qui résulte habituellement des piqûres d'abeilles, ne se produit pas d'emblée et qu'à la longue elle ne se produit même plus du tout. A ce moment le rhumatisant serait guéri et provisoirement à l'abri des récidives.

M. Terc a appliqué son procédé dans 173 cas qui ont nécessité 39,000 piqûres ! Il dit avoir obtenu des succès dans des cas aigus, mais surtout dans des cas chroniques désespérés.

## COURRIER

Par décret, en date du 31 décembre 1888, l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger est transformée en Ecole de plein exercice.

TABLEAU D'AVANCEMENT DU CORPS DE SANTÉ MILITAIRE POUR 1889. — 1° Médecins principaux de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin principal de première classe :

1887. M. Reech.

1888. MM. Duchemin, Talon, Morisson et Breton.

2° Médecins-majors de première classe inscrits pour le grade de médecin principal de deuxième classe :

1887. MM. Viry et Demmler.

1888. MM. Roux, Josien, Laurens et Schindler.

3° Médecins-majors de deuxième classe inscrits pour le grade de médecin-major de première classe :

1887. MM. Vautrin, Yvert, Longuet, Duponchel, Amat (L.-E.), Desmons et Mercier.

1888. MM. Billot, Landriau, Testevin, Martin, Monart, Folie-Desjardins, Calmette, Pitot et Ravenez.

4° Pharmacien principal de deuxième classe inscrit pour le grade de pharmacien principal de première classe :

1888. M. Parant.

5° Pharmaciens-majors de première classe inscrits pour le grade de pharmacien principal de deuxième classe :

1888. MM. Arrufat, Bouillon, Pons, Burcher et Balland.

6° Pharmaciens-majors de deuxième classe inscrits pour le grade de pharmacien-major de première classe :

1888. MM. Baillon, Lieutard, Breuil et Jehl.

ECOLE DE MÉDECINE DE BESANÇON. — M. le docteur Magnin est nommé professeur d'histoire naturelle.

M. le docteur Charbonel-Salle est nommé professeur de physiologie.

M. Bornier, professeur de physiologie, est transféré dans la chaire d'hygiène et thérapeutique, en remplacement de M. Chenevier, décédé.

NÉCROLOGIE. — M. le docteur E. Brasseur, de Paris, président de la Société odontologique de France, directeur de l'Ecole dentaire, mort à 48 ans. — M. le docteur Le Tersec, ancien médecin de la marine. — M. le docteur Emery, de Saint-Mathurin. — M. F. Benoist, aide-médecin de la marine. — M. le docteur Worm-Müller, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Christiania. — M. le docteur Benoist (Alcide), décédé à Saint-Nazaire, le 3 janvier 1889, à l'âge de 60 ans. — M. le docteur Edward A. Stoker de Dublin. — M. le docteur Alexander Mackintosh, de Glascow.

COURS DÉMONSTRATIF D'ACCOUCHEMENTS. — Un cours gratuit d'accouchements fait par MM. Boissard, ancien interne des hôpitaux, chef de clinique adjoint d'accouchements, et Varnier, ancien interne des hôpitaux et de la Maternité de Lariboisière, commencera le 12 février ; il sera complet en 32 leçons, aura lieu tous les jours de quatre à cinq heures, 2, rue Casimir-Delavigne, et sera suivi d'exercices pratiques sur le mannequin. Le nombre des places étant limité, on est prié de se faire inscrire à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne, où seront délivrées des cartes personnelles.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Fracture du péroné traitée par le massage et la mobilisation,

Par le docteur L. Marevéry.

En 1886, M. le docteur Lucas-Championnière fit, à la Société de chirurgie, une importante communication au sujet du traitement de certaines fractures par le massage, traitement ayant pour but d'éviter une trop longue immobilisation, qui présente presque toujours de sérieux inconvénients surtout chez les malades âgés, et pour résultat de supprimer presque totalement les douleurs si fréquentes des premiers jours de la fracture et, enfin, de favoriser très promptement le retour à la fonction normale du membre blessé.

Ce traitement consiste à masser les membres fracturés, à ne pas immobiliser dans un appareil pendant au moins six semaines, ainsi qu'on le pratique encore trop souvent aujourd'hui, et à exercer de très bonne heure quelques mouvements dans l'articulation voisine du siège de la fracture, cela après chaque séance de massage.

Presque tous les malades dont il était question dans les observations citées à l'appui de cette méthode avaient pu reprendre l'usage de leurs membres blessés, moins de vingt jours après l'accident.

Il va sans dire que ce traitement, — ainsi que le titre de la communication l'indiquait, — ne pouvait être pratiqué que pour certaines sortes de fractures, en particulier celles de l'extrémité inférieure du radius et de l'extrémité inférieure du péroné. Quelques fractures compliquées de plaies avaient même pu être traitées, par cette méthode du massage et de la mobilisation rapide, avec succès non moins évident. Les résultats de la cure avaient été aussi prompts, et jamais aucune complication n'était survenue, à savoir, impotence prolongée des membres, raideurs articulaires consécutives, ainsi que cela survient si souvent à la suite de fractures traitées par l'immobilisation pendant plusieurs semaines.

Quelques chirurgiens furent de l'avis du docteur Championnière et trouvèrent, eux aussi, qu'on immobilisait beaucoup trop certaines fractures. MM. les docteurs Sée, Larger et Terrier, entre autres, appuyèrent les conclusions de M. Championnière, et ajoutèrent même que l'application d'une bande de caoutchouc, jointe à la méthode de mobilisation rapide des articulations voisines de la fracture et à la pratique des massages, leur avait rendu d'utiles services et procuré d'aussi rapides résultats.

Ayant eu l'occasion de voir, il y a plusieurs mois, une malade traitée

ainsi par M. le docteur Richelot, chirurgien des hôpitaux, je me promis d'employer cette même méthode aussitôt que le cas se présenterait.

L'observation suivante a donc trait à une fracture de l'extrémité inférieure du péroné, avec déviation complète du pied en dehors (subluxation tibio-tarsienne), pour laquelle j'ai employé les massages et la bande de caoutchouc, en ayant soin de pratiquer quelques mouvements légers de l'articulation voisine de la fracture.

Le 22 novembre 1888, Mme D..., âgée de 41 ans, d'une excellente santé, fit une chute sur le trottoir, à quelques pas de son domicile. En tombant, elle perçut très nettement un craquement au niveau de la malléole externe droite. Pendant qu'on la transportait chez elle, Mme D... remarqua que son pied pendait inerte et, selon son expression, « semblait mort ». Elle ressentait une violente douleur des deux côtés du cou-de-pied. Appelé aussitôt, je trouvai le pied droit déjeté en dehors, le bord interne bien au-dessous de l'externe, et la face plantaire regardant en dehors. Douleurs assez pénibles, pendant mon examen, au niveau des deux malléoles.

Tandis que trois personnes m'aidaient à porter la malade sur son lit, soutenant l'extrémité inférieure de la jambe avec ma main gauche, et ayant le pied de la malade dans la main droite, la réduction de la subluxation se fit d'elle-même; l'astragale retomba dans la mortaise tibio-péronière en faisant entendre un léger claquement articulaire, et aussitôt le pied reprit sa position presque normale, bord interne moins bas et face plantaire regardant presque directement en bas.

L'examen de la région malléolaire droite ne me laissa aucun doute sur la présence d'une fracture; en effet, à 2 centim. 1/2 environ de l'extrémité inférieure de cette molléole, douleur très vive provoquée par une simple pression; légère crépitation produite par des pressions alternatives de mes deux pouces. D'où le diagnostic : subluxation tibio-tarsienne en dehors avec déchure et tiraillement des ligaments internes et fracture par écartement de la malléole externe.

Le pied est recouvert de compresses résolutives froides entourées d'une toile cirée. Le pied et la jambe sont maintenus dans une position légèrement inclinée, le pied plus haut que la jambe, cette dernière soutenue par des alèzes roulées.

Le lendemain, 23 novembre, gonflement assez étendu au niveau du cou-de-pied et sous les malléoles; ecchymoses violacées de ces mêmes régions, plus prononcées du côté externe, siège de la fracture péronéale. Continuation des compresses résolutives; pédiluve froid d'une heure environ; sommeil bon.

Le 24 novembre, massage avec la main enduite de baume Opodeldoch, pendant vingt minutes, en évitant de masser au niveau de la ligne de fracture. Application d'une bande roulée de caoutchouc.

Le 25 novembre, deuxième massage; durée : un quart d'heure. Les ecchymoses sus et sous-malléolaires sont très nettement accusées. Douleurs moins vives, excepté au niveau de la fracture. Le gonflement du cou-de-pied, en avant, a un peu diminué. Sommeil très bon; appétit normal.

Le 20 novembre, troisième massage de quinze minutes. Le gonflement péri-malléolaire a beaucoup diminué.

Le 28 novembre, quatrième massage. La circonférence du nombre blessé n'est que de 1 centim. 1/2 supérieure à celle du membre sain. Je fais faire quelques mouvements à l'articulation tibio-tarsienne. La malade ne souffre

nullement les jours suivants; cinquième, sixième et septième séance de massage. Continuation des mouvements provoqués de l'articulation. La malade peut elle-même, et sans souffrir, imprimer quelques mouvements à son articulation.

Le 6 décembre, la malade, qui est étendue sur une chaise longue, peut poser le pied à terre quelques minutes. La bande de caoutchouc est toujours parfaitement snpportée. Les ecchymoses et le gonflement sont à peu près disparus.

Le 8 décembre, suppression de la bande de caoutchouc, remplacée par une bande de flanelle roulée.

Le 10 décembre, le pied dans un chausson de feutre, sans talons, la malade marche dans la chambre, en se soutenant avec une canne. Les mouvements de l'articulation sont encore peu étendus, mais complètement indolores.

Le 11 décembre, Mme D... peut descendre l'escalier et va reprendre ses occupations habituelles au marché des Batignolles.

Ainsi la chute étant survenue le 22 novembre, le 11 décembre, le dix-neuvième jour après l'accident, Mme D... marchait en se soutenant simplement avec une canne comme mesure de précaution; et, le quatorzième jour, elle avait pu poser le pied à terre et imprimer elle-même à son articulation quelques mouvements sans provoquer aucune douleur.

---

## Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1888 (1)

Lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 12 janvier 1889

Par le docteur Jules Christian, secrétaire général.

L'énumération qu'il me reste à faire de vos travaux comprend les sujets les plus variés :

Voici, d'abord, en *chirurgie oculaire*, notre infatigable confrère, M. Dehenne, qui nous a exposé une méthode de *traitement de l'ectropion* par *excision combinée*. Excisant toute la partie saillante de la muqueuse hypertrophiée, il fait suivre cette opération de la cautérisation de la surface cruentée avec la pointe fine du thermo-cautère. La réunion de ces deux procédés lui a donné d'excellents résultats dans tous les cas qui ne sont compliqués ni d'altération cicatricielle de la peau des paupières, ni de perte de substance de la peau.

Dans la même séance, il vous faisait connaître un procédé de *staphylotomie antérieure*, excellent comme résultat, mais praticable seulement quand la sclérotique est absolument intacte.

Plus tard, il nous a parlé du *blépharospasme tonique*, cette affection si pénible et si douloureuse, et de sa guérison rapide par la névrotomie sous-orbitaire.

Quand l'œil est malade, si peu qu'il le soit et de quelque façon qu'il le soit, vite on le recouvre d'un bandeau. La sagesse populaire le veut ainsi, et les médecins jusqu'ici ont été peuple sur ce point. M. Trousseau, dans quelques pages alertes, a fait bonne justice de ce qu'il considère comme un préjugé fâcheux. Il vous a démontré que le bandeau est plus souvent nuisible qu'utile ; rares sont les cas où il est indiqué.

M. Trousseau vous a également communiqué une observation de *kératite interstitielle* observée chez une femme atteinte de syphilis acquise. Il lui a semblé que cette variété de kératite dure moins longtemps et cède plus rapidement au traitement spécifique, que celle de la syphilis héréditaire.

---

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 7 février 1889.

En *gynécologie* nous avons eu une lecture de M. Apostoli, qui poursuit avec ardeur et conviction le traitement de la salpingite par l'électricité ;

Une communication de M. Doléris sur la *lacération du col de l'utérus*, à laquelle il remédie, par un procédé ingénieux dont il vous a exposé tous les détails ;

M. Budin vous a lu une observation de *présentation du siège*, dans laquelle toutes les tentatives de version par manœuvres externes restèrent infructueuses.

En *chirurgie*, outre les faits que j'ai rapportés, il me faut citer encore une très curieuse observation de *plaie du cou par balle de revolver*, recueillie par M. Polaillon. Le projectile avait pénétré au-dessus du sternum, coupé le pneumogastrique gauche, ainsi que la carotide primitive du même côté; mais l'artère n'était coupée qu'en partie, et un lambeau de cravate entraîné par la balle avait formé bouchon et déterminé la production d'un caillot oblitérateur ;

Une *orchite à la suite d'effort*, constatée par M. Pellier chez un individu non tuberculeux et rapidement guérie;

Un *phlegmon périprostatique*, observé par M. Desnos, avec cette particularité remarquable que le pus fusa jusque dans la région inguinale, où il fallut lui pratiquer une issue ;

Enfin, l'application du *corset de Sayre* à une jeune fille atteinte de scoliose vertébrale, amenant en quelques mois une guérison complète, sans difformité. M. Duroziez vous a raconté quelle persévérance il lui a fallu, ainsi qu'à la malade, pour obtenir cet heureux résultat.

L'excursion ainsi faite par M. Duroziez sur le terrain chirurgical ne l'a pas détourné cependant de ses études de prédilection, et, comme les années précédentes, il nous a lu une série de chapitres de la pathologie cardiaque. Si je ne m'abuse, il a voulu surtout démontrer l'importance des lésions du système veineux, beaucoup trop négligées jusqu'à ce jour dans l'étude des maladies du cœur. N'est-ce pas ce qui ressort de son premier mémoire, intitulé : *Placenta, souffle placentaire?* De celui auquel il a donné pour titre : *Angio-sclérose*, dans lequel je lis cette phrase : « La phlébo-sclérose ne doit pas avoir une importance moindre que l'artério-sclérose? » De même, dans son travail sur la *cyanose* ou *maladie bleue*, il note que certains bruits, dont on place le siège dans l'artère, pourraient fort bien être produits dans la veine.

Enfin, avec cette compétence qui n'appartient qu'à lui, il nous a entretenus de la manière d'apprécier les *temps du cœur*, et il nous a parlé de l'emploi des *saignées et des vésicatoires dans les pneumonies.*

Vous le voyez, M. Duroziez n'a rien changé à ses habitudes laborieuses; grâce à lui, mes ordres du jour ne sont jamais en complète déroute.

Une observation de *paramyoclonus multiple* a fourni à M. de Ranse l'occasion de démontrer que ce syndrome, décrit pour la première fois par Friedreich, ne constitue pas une entité morbide distincte, mais qu'il faut le considérer simplement comme une variété des tics non douloureux, une forme fruste de la maladie des tics, ou une manifestation de l'hystérie.

M. Dubrisay nous a raconté un cas d'*empoisonnement par les moules*, curieux surtout par la gravité des symptômes, leur apparition extrêmement rapide, leur disparition complète après peu de temps.

M. Deligny nous a signalé une variété d'*urticaire* qu'il appelle *pigmentée*; M. Fraigniaud nous a entretenus d'une affection singulière sur laquelle votre attention a déjà été appelée plusieurs fois : l'accumulation des matières fécales dans le rectum, où elles forment une boule dure, malaisée à fragmenter, et dont l'extraction ne laisse pas que d'offrir des difficultés.

Pour terminer, je vous rappellerai encore la communication que M. Luc vous a faite sur une variété d'*ozène* qu'il appelle *ozène trachéal*, caractérisée par l'existence d'une trachéite qui existe en concomitance avec l'ozène nasal, mais peut évoluer indépendam-

ment de lui. L'examen laryngoscopique permet seul d'établir avec certitude le diagnostic, en démontrant l'existence, sur la muqueuse trachéale, de croûtes semblables à celles qui existent dans le nez;

Celle de M. Wickham, qui a observé et décrit minutieusement un cas d'intoxication saturnine, qui, par certains symptômes, pouvait faire craindre une paralysie générale, si bien que ce fâcheux pronostic avait été porté par un maître tel que M. Charcot. Heureusement que tout s'est terminé par une guérison complète et durable. Ce n'était donc pas une paralysie générale. Mais les symptômes cérébraux observés doivent-ils être mis sur le compte du saturnisme? A cet égard, les avis ont été partagés; le fait en lui-même reste intéressant, fécond en enseignements;

Enfin, celle que je vous ai faite moi-même sur un cas de *morphinomanie* grave, guérie par la suppression brusque du médicament. C'est là le grand point en discussion dans le traitement de la morphinomanie; faut-il supprimer la morphine brusquement ou graduellement? Je ne saurais ici traiter cette question. Je suis pour la suppression brusque, et un exemple tout récent m'a encore confirmé dans ma conviction.

Tel est, Messieurs, le bilan de l'année écoulée; il a de quoi satisfaire même un juge difficile. Mais une Société comme la nôtre doit aspirer à un progrès incessant; je veux espérer que l'année 1889 marquera dans nos fastes.

Nous n'avons eu à déplorer, cette année, qu'un seul décès, celui d'un de nos membres honoraires les plus anciens, le vénérable docteur de Robert de Latour, qui s'est éteint, chargé d'années, à 87 ans. En 1851, de Robert de Latour a présidé la Société; depuis 1866, je le vois compter parmi les membres honoraires.

Je ne saurais énumérer tous les travaux de notre confrère, car son activité scientifique a été considérable, et, sur bien des points, il a été réellement un précurseur. L'un des premiers, sinon le premier, il a compris l'importance des variations de la température du corps humain pour le pronostic, la marche, le traitement des inflammations. Il y a plus de quarante-quatre ans, il avait fait construire un thermomètre coudé spécialement destiné à la clinique. C'est lui qui, inspiré par des vues théoriques, imagina le traitement des inflammations par les enduits imperméables. La doctrine, à l'édification de laquelle il a consacré toute sa longue existence, se trouve résumée dans un ouvrage important que notre confrère, M. Rougon, a analysé dans l'une de nos séances, et qui, paru en 1885, a pour titre : *Chaleur animale, élément et mécanisme, etc.*

Qu'a-t-il manqué à Robert de Latour pour devenir un maître écouté et suivi? Peu de chose, assurément ; assez cependant pour frapper de stérilité ses conceptions les plus ingénieuses. Il semble qu'à sa naissance une fée malveillante se soit approchée de son berceau, et lui ait dit : « Tu seras intelligent, laborieux, persévérant ; tu auras l'esprit « d'invention, l'imagination créatrice; tu auras les qualités morales qui te feront aimer et « estimer de tes confrères : mais tu ne sauras pas te défendre de l'idée préconçue; tu « ne verras jamais qu'un côté des questions que tu traiteras, et, plutôt que d'éclairer « ton flambeau à la lumière des autres, tu aimeras mieux nier tout ce qui contredira « ta doctrine! » Et ainsi sont devenus vains et stériles des efforts qui, mieux dirigés, auraient assigné à Robert de Latour une place brillante dans le mouvement scientifique contemporain. Au lieu de l'amertume de voir ses travaux méconnus, il aurait eu la joie de compter, lui aussi, parmi les rares élus auxquels la science est redevable d'une vérité nouvelle.

Un autre deuil nous a frappés, et vous m'en voudriez de ne pas en parler aujourd'hui, car nul de vous n'y est resté insensible; c'est la disparition soudaine et inattendue d'une vieille Société de médecine avec laquelle, depuis de longues années, vous entreteniez des rapports suivis. La Société de médecine de Strasbourg avait été fondée en 1842; « elle « devait servir de point de réunion aux médecins de Strasbourg et du Bas-Rhin, et « leu donner l'occasion de s'entretenir de leur science commune. »

Celui qui un jour écrira son histoire, dira si elle a été fidèle à cette devise; si jamais, à aucune époque et dans aucune circonstance, elle a dévié de ce programme; si, dans son existence de près d'un demi-siècle, elle a jamais pratiqué autre chose que le culte

désintéressé de la science et de la dignité professionnelle. Elle a compté parmi ses membres tous ces maîtres qui ont jeté un si vif éclat sur l'Ecole de Strasbourg, et parmi eux il en est un dont je dois rappeler ici le nom, car il vous a appartenu, il a été votre secrétaire général : c'est Forget, le professeur incomparable, dont j'ai entendu la parole enflammée, la verve entraînante.

Quand la Faculté fut transférée à Nancy, la Société de médecine de Strasbourg se sentit frappée au cœur; elle perdait les plus beaux fleurons de sa couronne. Mais il lui restait un homme à l'âme haute, qui se faisait du médecin un idéal élevé, et qui, au milieu des ruines accumulées, conservait, ferme et tranquille, une foi sereine dans un avenir meilleur. Schutzenberger sut grouper autour de lui ce qui restait du corps médical alsacien; tant qu'il vécut, il fut l'âme de la Société; pas un instant, il ne faillit à sa tâche. Lorsqu'il manqua, les Bœckel, les Kœberlé, d'autres encore, ses anciens élèves devenus maîtres à leur tour, recueillirent pieusement son héritage, et la Société continuait à vivre, cherchant dans le travail une diversion aux tristesses de l'heure présente, aux incertitudes de l'heure prochaine. Il vint un moment où elle déplut au vainqueur; d'un trait de plume, il la fit disparaître. Une fois de plus, la force avait primé le droit.

## MÉDECINE LÉGALE

### Constatation de la virginité.

Le docteur Kinkead, professeur d'accouchement, a communiqué à l'Académie royale de médecine d'Irlande, dans une de ses séances (*Transact. of the royal Acad. of med. in Ireland*, vol. VI, p. 224), une étude sur les moyens à l'aide desquels on peut reconnaître l'existence de la virginité. Nous en extrayons le fait suivant qui nous paraît curieux. Généralement, dit l'auteur, il est admis que la présence d'un hymen parfait, normal, n'offrant aucune lésion, pas la moindre déchirure de son bord, est une preuve de virginité. Or, ajoute-t-il, cette prétendue preuve est insuffisante. En effet, il a eu l'occasion d'observer, dans son service à l'hôpital de la prison de Galway, une fille de 24 ans, se trouvant dans des conditions qui attirèrent son attention. Elle avait été admise pour une syphilis secondaire, avec exulcérations à la vulve et écoulement. Cette fille avait été séduite à l'âge de 17 ans, et, après avoir vécu pendant un certain temps avec son séducteur, elle était devenue prostituée, en relation avec les soldats et les matelots. Il y avait donc sept ans qu'elle menait cette existence, quand le docteur Kinkead la vit. Dans son examen, il observa bien que les parties génitales externes n'avaient point l'aspect de la virginité; mais il n'y avait point augmentation de volume des nymphes, ni aucune déchirure de la fourchette, et il trouva un hymen parfait, bien conformé, intact, à bords tranchants et sans la moindre lacération; la fosse naviculaire était déprimée, et l'orifice du vagin était situé profondément. L'auteur pense que la non-intromission avait eu pour cause la forme masculine, anguleuse, de l'arcade pubienne, et la situation de la vulve anormalement en arrière. Par l'introduction d'un spéculum de petit volume, l'hymen se déchira sans qu'on employât aucune violence. Ainsi, dit le docteur Kinkead, à s'en tenir seulement à son hymen parfait, d'étendue, de consistance et de forme normales, cette femme, après sept années de prostitution, était une vierge!

## REVUE DES JOURNAUX

**Action physiologique du sulfonal**, par Smith. (*Neue. Monats.*, 1888, p. 507.) — Nous avons omis de signaler, dans notre article sur le sulfonal, un travail intéressant de W.-J. Smith dont voici les conclusions :

1° Le sulfonal à doses modérées est transformé *complètement* par les échanges en des combinaisons organiques soufrées très solubles (sulfacides); il se distingue par cette pro-

priété d'un grand nombre de corps voisins; d'autres, disulfones, qui traversent l'organisme sans être altérés; par exemple, le diéthylsulfure d'éthylène.

2° Le sulfonal ne modifie pas l'élimination de l'acide sulfurique, d'où il résulte que les combinaisons organiques formées par le sulfonal se caractérisent par une grande stabilité.

3° A dose modérée, il est sans influence sur les combustions organiques. — P. C.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 février 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du docteur Motais (d'Angers), sollicitant le titre de membre correspondant national;

2° Un mémoire du docteur Prieur, sur les revaccinations pratiquées, en août et septembre 1888, chez les agents de la Compagnie des chemins de fer de l'Est;

3° Un mémoire du docteur Huguenard sur les revaccinations pratiquées au 6e régiment de hussards en 1888;

4° Un travail du docteur Rigault, sur le danger des purgatifs vrais dans les maladies infectieuses;

5° Une lettre de M. Chaboche, sur les dangers des poêles mobiles;

6° L'exposé des travaux du docteur J. Félix (de Bruxelles).

— M. Bucquoy fait une rectification au procès-verbal. Il n'a pas commis d'erreur dans la citation qu'il a faite des mémoires de Frænkel. Les deux mémoires sont de la pure pharmacologie.

— M. Nocart fait une communication sur le tétanos. Il n'atteint que les animaux opérés par le même vétérinaire, et il se forme ainsi de véritables épidémies de tétanos. Ces épidémies résultent d'une intoxication dont le malheureux vétérinaire a été le porteur insconscient. Les faits expérimentaux ont confirmé les données de la clinique. Dans tous les cas, où l'on connait le traumatisme d'où provient le tétanos, il suffit d'inoculer le pus, les bourgeons charnus pour rendre tétaniques les animaux aptes à contracter la maladie.

Le tétanos spontané ne diffère pas du tétanos ordinaire; c'est que l'un et l'autre ont une cause identique. Dans l'un on connaît, dans l'autre on ignore la porte d'entrée du contage.

Il est plus difficile d'interpréter le rôle du froid qui est indiscutable dans beaucoup de cas.

Mais la pneumonie aussi était regardée comme une maladie de froid, et l'on sait maintenant que le froid ne fait que favoriser l'action du microbe. Ne peut-on penser qu'il en est de même du tétanos *a frigore*?

Le 20 novembre dernier, M. Guérin a fait une communication sur le tétanos. Il ne pense pas qu'on puisse le ranger au nombre des maladies infectieuses, c'est-à-dire transmissibles par l'air. M. Nocard ne croit pas non plus à cette transmission, mais actuellement le mot infection a un sens beaucoup plus étendu.

Le pansement de Lister ne peut prévenir le tétanos. Cela tient à la résistance du contage. Il résiste six mois, un an, abandonné au contact de l'air.

Dans le tétanos opératoire, ce sont surtout les chirurgiens qui, avec leurs instruments, transportent le contage, d'où nécessité de la désinfection de ces instruments.

M. Guérin a admis une myélite partielle. M. Nocard, sur 17 autopsies de chevaux tétaniques, ne l'a jamais rencontrée. Il a vu seulement une grande augmentation du liquide céphalo-rachidien. Il a pensé que le virus devait siéger surtout dans les centres dont l'excitation donne lieu aux principaux symptômes. Cependant, sur plus de 200 ino-

culations faites de toutes les manières avec les différentes parties des centres nerveux, il n'a réussi qu'une fois. Donc le contage semble rester au voisinage de la plaie et les symptômes de diffusion s'expliquent depuis que l'on voit que beaucoup de microbes n'agissent que par les produits toxiques auxquels ils donnent naissance.

Le plus généralement l'incubation du tétanos dure de sept à huit jours; quand il ne survient que le vingtième, le vingt-cinquième jour, son évolution est beaucoup plus lente, et on pourrait dire que la gravité est d'autant moins grande que la durée de l'incubation est plus considérable.

M. Leblanc n'est pas éloigné de partager les idées de M. Nocard, du moment où celui-ci accorde la plus grande part à la prédisposition et la plus petite à l'infection; s'il prend la parole, c'est pour protester contre les opinions émises par MM. Verneuil, Ricochon et autres sur l'origine équine du tétanos; il en sera de cette opinion comme de celle qui faisait de la vache l'origine de la scarlatine.

Les observations nombreuses publiées dans la *Revue de chirurgie* et dans la *Gazette hebdomadaire de chirurgie* n'ont pas de valeur, car, sauf une, elles tendent à prouver qu'un cheval sain peut communiquer le tétanos à l'homme. Parmi elles, il y en a de très curieuses, entre autres celles qui attribuent la contagion chez divers sujets blessés à leur simple transport en voiture ou à leur séjour dans des écuries où le tétanos avait régné vingt-cinq ans auparavant. Sans insister sur l'origine équine du tétanos que semble désavouer M. Nocard, M. Leblanc donne un aperçu de l'étiologie du tétanos au point de vue vétérinaire; il affirme qu'il existe du tétanos non traumatique et que des chevaux n'ayant pas de plaies apparentes sont atteints de cette maladie; on ne peut faire qu'une hypothèse, c'est que ces plaies se sont cicatrisées; il faudrait le prouver; puis il passe à l'historique des expériences faites par Carle et Buttone, Nicolaier, Giordano, Nocard, Guelpa, etc., pour produire expérimentalement le tétanos : les unes ont été positives, les autres négatives ou douteuses; il paraît en résulter que l'agent du contage reste localisé au voisinage de la plaie, quand il y en a. Il relate l'insuccès des tentatives de culture et la nécessité d'avoir recours à l'intervention des ptomaïnes pour expliquer l'infection. Il fait remarquer combien il est extraordinaire de voir le tétanos apparaître fréquemment sur des chevaux amputés de la queue ou castrés : dans le premier cas, la plaie est cautérisée au fer rouge, et, dans le second, avec du sublimé corrosif; comment le microbe peut-il résister? Revenant sur les arguments tirés par M. Nocard des épizooties tétaniques consécutives à la castration, il explique leur cause, et il cite des observations contraires à la doctrine de la contagion; il rappelle les guérisons obtenues empiriquement en castrant des chevaux atteints du tétanos idiopathique.

Comment expliquer la subtilité de la contagion de cette maladie, alors qu'expérimentalement on a tant de peine à la produire? et encore est-ce exceptionnellement en prenant les plus grandes précautions; il ne peut donc admettre la valeur des observations dues à MM. Richelot et Berger, non plus que de celles citées dans le rapport de M. Verneuil; il se demande si l'échec de l'antisepsie ne vient pas s'élever contre la doctrine de la nature infectieuse du tétanos. Il insiste sur la marche différente du tétanos naturel et du tétanos expérimental, et il fait remarquer qu'on accepte sans preuve la persistance des germes durant un temps indéfini.

Passant à l'origine tellurique de cette maladie, il rappelle la fréquence avec laquelle elle sévit dans le nord-est de la Seine, et il cite le mémoire de M. Ricochon signalant un fait analogue aux environs de Champdenier; M. Leblanc est porté à croire que, dans les cas de blessure du pied, le germe du tétanos peut être tellurique, mais il fait la plus large part à la prédisposition du sujet, et il cite l'opinion des vétérinaires exerçant dans les environs de Paris, qui ont remarqué la coïncidence des cas de maladie avec l'abaissement de la température; il démontre que les microbes dits de Nicolaier ne peuvent persister dans le sol, puisqu'on détruit les cadavres et qu'on ne trouve ces microbes qu'au voisinage de la plaie; on ne peut incriminer les fumiers, puisque l'élément contagieux n'existe ni dans les excréments, ni dans les urines.

En terminant, il rappelle que jamais un vétérinaire, professeur ou exerçant, civil ou

militaire, n'a contracté le tétanos en soignant un cheval atteint de cette maladie, pas plus que pour les élèves des Ecoles, les palfreniers, les soldats; revenant sur deux observations citées par M. Ricochon, et ayant trait à des équarrisseurs, il démontre que la contagion n'a rien à voir dans la mort de ces deux hommes.

En résumé, malgré les expériences ayant donné un résultat positif, il ne croit pas que la contagion soit l'unique cause du tétanos.

— M. Verneuil demande à faire l'exposition de la théorie qu'il soutient seulement dans la prochaine séance.

— M. Hayem fait une lecture sur la genèse de la fièvre et présente les résultats obtenus par M. Roussy, son chef de laboratoire. On a pensé que la fièvre pouvait être produite par des substances toxiques solubles provenant de l'action des microbes. Cette doctrine a semblé à M. Hayem assez prouvée pour qu'il l'ait admise dans son enseignement.

M. Roussy a fait des recherches pour la confirmer. Il a isolé, par un procédé spécial d'une culture d'un microbe dont il veut pour le moment taire le nom, une substance spéciale qui, injectée chez le chien à la dose de 1/2 milligr. par kilogramme, donne des accès de fièvre rappelant absolument ceux de l'impaludisme. Il appelle cette substance *pyrétogénine*, et lui attribue, au moins probablement, les accès de fièvre paludéenne. D'autres substances jouissent de propriétés analogues, quoique moins intenses, ce sont des substances que l'on peut appeler *calorigènes*. Il a isolé une autre substance d'origine microbienne qui abaisse la température animale. Celle-ci et quelques autres pourraient être dites *frigorigènes*.

— M. le docteur Gustave Lagneau communique une étude statistique sur la *mortalité des marins et des soldats français dans les colonies*. — Après avoir rappelé que nos jeunes gens de 20 à 30 ans, en général, présentent une mortalité annuelle de 8 à 10 sur 1,000, il montre d'abord que les militaires à l'intérieur, en France, bien que soumis à l'élimination de tous les infirmes et débiles par des exemptions, dispenses et réformes, qui déchargent de nombreux décès l'obituaire de l'armée, présentent une mortalité au moins égale, de 9 à 11 sur 1,000, par suite principalement de l'encombrement humain de la caserne.

Passant à l'Algérie, il rappelle que la mortalité de 77 sur 1,000, de 1837 à 1848, est descendue actuellement à la proportion d'environ 11 à 12 p. 1,000, peu différente de celle de l'armée à l'intérieur.

Pareillement, mais plus rapidement, la mortalité de nos soldats, de 61 sur 1,000, en Tunisie en 1881, serait actuellement descendue à 12 sur 1,000, soit des quatre cinquièmes.

M. Lagneau expose ensuite la mortalité dans les diverses colonies.

Pour atténuer la morbidité et la mortalité de nos troupes coloniales, non seulement de plus en plus on abrège leur temps de séjour; on les envoie dans des sanatoria à des altitudes plus ou moins grandes, dans des îles assainies par les brises de mer; on rapatrie promptement les convalescents et les malades transportables; mais il faut surtout de plus en plus substituer les troupes indigènes tout acclimatées aux troupes européennes, dont l'acclimatement est si difficile. Des volontaires doivent seuls fournir au recrutement des cadres et de quelques rares corps spéciaux.

En se créant des colonies, la France, non seulement accroît son importance politique et ses relations commerciales, mais aussi favorise notre émigration, qui, en ouvrant à nos nationaux de larges débouchés, de nombreux moyens d'existence et de richesse, augmente le bien-être général, et accroît notre natalité, actuellement si restreinte. Mais, ainsi que le font d'autres nations, ainsi que le fait l'Angleterre, la France doit publier les documents statistiques relatifs à la morbidité et à la mortalité de nos marins, de nos troupes coloniales. Le nation qui fournit les hommes, les parlements qui décident de la prise de possession de telle ou telle contrée, doivent connaître la dîme mortuaire de chaque campagne, de chaque occupation territoriale. Dans notre pays, plus riche que populeux, il importe que l'évaluation précise du nombre des malades et des morts permette d'appliquer constamment les mesures hygiéniques les plus propres à en restreindre

les proportions. Il importe aussi que, la mission périlleuse de nos troupes coloniales étant mieux appréciée, on sache récompenser nos soldats, nos marins proportionnellement aux dangers qu'ils courent pour étendre et maintenir au loin l'autorité de la France.

## VARIÉTÉS

### CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

Un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie s'ouvrira à Paris, le lundi 5 août 1889, et sera clos le 10 du même mois. Il aura lieu dans la grande salle du musée de l'hôpital Saint-Louis.

Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français ou étrangers, qui s'inscriront en temps utile et qui auront acquitté les droits de cotisation.

Le Comité d'organisation, composé des médecins et chirurgiens des hôpitaux Saint-Louis, du Midi et de Lourcine, sous la présidence de M. Hardy, s'est adjoint des secrétaires étrangers, afin de faciliter la préparation du Congrès et les moyens de relations avec les médecins des divers pays.

Les adhésions, demandes de renseignements et les communications peuvent être adressées, soit à M. le docteur H. Feulard, à Paris, hôpital Saint-Louis, secrétaire du Comité d'organisation, soit à l'un des secrétaires délégués pour l'étranger.

Les droits de cotisation sont de 25 francs ; la cotisation donne droit au volume de comptes rendus du Congrès.

Les membres qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire du Comité d'organisation ou à l'un des secrétaires délégués, avant le 15 mai 1889, et de joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Les communications peuvent avoir une durée de quinze minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole pendant plus de dix minutes consécutives. Ce temps écoulé, le président pourra, s'il est besoin, maintenir la parole à l'orateur.

Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la levée de la séance.

La publication sera faite en français, en allemand ou en anglais.

Quant aux discussions, elles seront reproduites dans le compte rendu à condition que les membres qui y auront pris part remettent au plus tard au début de la séance qui suivra, un résumé de leurs discours aux secrétaires de la séance.

#### QUESTIONS MISES A L'ORDRE DU JOUR.

Questions 1re : *De la constitution du groupe « Lichen »*. — I. Doit-on, avec les anciens dermatologistes, conserver la dénomination de « Lichen » à un assez grand nombre d'affections que plusieurs modernes considèrent comme différentes les unes des autres ?

II. Dans la négative : 1° Quelles sont les affections qu'il faut séparer du groupe et dénommer autrement ; 2° Un nouveau groupe lichen étant constitué, quelles sont les espèces, formes ou variétés que l'on doit y admettre ?

Question II : *Du pityriasis rubra — Des dermatites exfoliantes généralisées primitives.* — I. Quels sont les caractères propres de la dermatose à laquelle il faut limiter la dénomination de pityriasis rubra ? Ne doit-on pas distinguer dans cette maladie plusieurs types selon leur marche, leur durée, leur terminaison ?

II. La dermatose, décrite sous le nom de pityriasis rubra pilaire, doit-elle être considérée comme une espèce du pityriasis rubra ou comme une affection propre, ou bien être rattachée à un autre genre morbide, le psoriasis ?

III. Quels sont les rapports à établir entre les affections cutanées dénommées : a) Erythèmes scarlatiniformes ; b) Dermatite exfoliatrice généralisée primitive.

Question III : *Du pemphigus. — Des dermatoses bulleuses, complexes ou multiformes.* — I. Le terme de pemphigus peut-il être conservé pour dénommer plusieurs dermatoses bulleuses qui sont distinctes les unes des autres par leur nature, leur marche et leur

terminaison ; ou bien, au contraire, doit-il être réservé à une maladie unique et bien définie, le pemphigus, correspondant au pemphigus chronique, bulleux, ou foliacé ?

II. D'autre part, comment doit-on classer diverses dermatoses bulleuses, érythémato-bulleuses, ou plus complexes encore : érythémateuses, pustuleuses, bulleuses à la fois, c'est-à-dire multiformes, telles par exemple que les affections connues sous les noms de pemphigus à petites bulles, érythème bulleux, hydroa bulleux, dermatite herpétiforme, dermatite prurigineuse polymorphe, herpes gestationis, etc. ; et quelles dénominations faut-il leur appliquer ?

Question IV : *Du trichophyton. — Des dermatoses trichophytiques.* — I. Mycologie, espèces, cultures, transmission expérimentale, contagion.

II. Prophylaxie et traitement.

Question V : *Direction générale et durée du traitement de la syphilis.* — I. A quel moment de l'infection syphilitique doit être commencé le traitement ?

Traitement continu ; traitement interrompu.

Par quel agent thérapeutique doit-il être commencé ?

Quand y a-t-il lieu d'adjoindre ou de substituer les préparations iodurées aux mercuriaux ?

Indications et contre-indications du mercure.

Indications et contre-indications de l'iodure de potassium.

II. Combien de temps le traitement doit-il être continué ?

Faut-il traiter la syphilis en dehors de ses manifestations ?

Est-il utile, à une époque éloignée du début de l'infection, d'administrer encore l'iodure préventivement ?

Question VI : *Fréquence relative de la syphilis tertiaire. — Conditions favorables à son développement.* — I. Etablir la proportion des syphilitiques qui arrivent à la période tertiaire :

1° Sans traitement ; 2° avec traitement.

II. Peut-on tirer quelque indice soit du chancre, soit des accidents secondaires comme présages des accidents tertiaires.

III. Déterminer l'influence réelle des causes réputées favorables à l'éclosion de la syphilis tertiaire (âge, constitution, sexe, antécédents morbides personnels ou héréditaires, profession, hygiène individuelle, impaludisme, alcoolisme, traumatisme, surmenage, causes dépressives).

QUESTIONS LAISSÉES AU CHOIX DES MEMBRES DU CONGRÈS.

Tout en laissant aux membres du Congrès la faculté de choisir les questions qu'ils veulent traiter, le Comité d'organisation désire attirer plus particulièrement l'attention sur certaines questions dont la solution ne paraît pouvoir être obtenue que par le concours des dermatologistes et syphiligraphes de pays divers.

I. *Questions de dermatologie* : Mycosis fongoïde.

Pruritus hiemalis.

Contagion de la lèpre. Du nombre des lépreux existant actuellement en Europe en dehors des pays scandinaves.

Etat de la science sur la nature parasitaire non encore définitivement établie de certaines affections de la peau, telles que l'eczéma sec circiné, le pityriasis rosé de Gibert, l'eczéma séborrhéique, etc.

II. *Questions de syphiligraphie* : Rapports qui existent entre la syphilis et quelques affections définies du système nerveux (tabes, paralysie générale).

Excision du chancre syphilitique.

Indications et valeur thérapeutique des injections mercurielles sous-cutanées.

Prophylaxie administrative de la syphilis des nourrices et des nourrissons (règlements existant dans chaque pays, responsabilité des administrations hospitalières, conduite à tenir vis-à-vis des nouveau-nés abandonnés, nés de parents dont les antécédents pathologiques sont ignorés, nourriceries, allaitement artificiel, etc.).

Du chancre vénérien, unicité et dualité ; fréquence relative du chancre mou dans les divers pays.

III. *Questions techniques relatives à la pratique et à l'enseignement de la dermato-syphiligraphie* : Comparaison de l'enseignement et de la pratique dermato-syphiligraphique dans les divers pays (chaires officielles de Facultés, enseignement libre, hôpitaux et services spéciaux, consultations publiques et policliniques, laboratoires, etc.).

Nomination d'une commission chargée de la simplification de la nomenclature dermatologique.

Moyens de faciliter l'étude internationale de la dermatologie ; publication d'un atlas international des dermatoses rares ; synonymie des appellations nosologiques, bibliographie, journaux, Sociétés, Congrès périodiques, etc.

## FORMULAIRE

Poudre contre les granulations des paupières. — Rol. Wicherkiewicz.

| | | |
|---|---|---|
| Acide tannique pulv. | | 1 gramme. |
| Acide borique très finement pul. | | 3 grammes. |

Mêlez. — Une ou deux fois par jour, à l'aide d'un pinceau, on projette cette poudre, en quantité variable suivant l'intensité du mal, sur la muqueuse palpébrale. On l'étale avec le doigt, et elle se dissout dans les larmes. — Ce remède se montre efficace dans les granulations molles du cul-de-sac. On instille d'abord la cocaïne ; puis on renverse les paupières, on exprime le contenu des granulations, et on nettoie tout le cul-de-sac, du produit exprimé et du sang qui a pu s'écouler. C'est lorsque la surface palpébrale est sèche, qu'on applique la poudre. On continue le traitement de 1 à 4 semaines. Au bout de ce temps, on ne trouve presque plus de trace de trachôme ; la muqueuse devient unie, et son injection diminue. Quant à la sécrétion, elle disparaît ou à peu près. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'hôpital militaire de Madrid vient d'être détruit en grande partie par un incendie Les pertes matérielles sont considérables, mais il n'y a eu heureusement que quelques accidents sans importance.

## COURRIER

Concours d'agrégation de médecine. — Les leçons cliniques ont commencé le mardi 12 février, à onze heures, à l'hôpital de la Charité.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boyer (de Lorris) ; Clochard (de Rocheservière) ; Jules Honorat (de Vienne), et Peulevé (d'Amiens).

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Un fait qui n'a pas dû manquer d'étonner les observateurs, c'est la rareté des complications inflammatoires consécutives aux extractions dentaires, étant donné le grand nombre de microbes pathogènes qui habitent la cavité buccale. Peut-être cela tient-il à ce que l'écoulement sanguin abondant qui se fait par l'alvéole tient les microbes à distance et protège la petite plaie. Quoi qu'il en soit, ces microbes ont une action phlogogène puissante, comme ils le manifestent lorsqu'ils sont accidentellement inoculés en d'autres points du corps. Les observations rapportées par M. Verneuil à l'Académie des sciences et les recherches bactériologiques de M. Clado mettent ce point hors de doute : il existe des abcès, des phlegmons dans le pus desquels on trouve les spirilles de la salive avec les autres microcoques de la suppuration.

— La discussion sur la nature et l'origine du tétanos a repris à l'Académie de médecine. On se rappelle que M. Verneuil avait scindé son rapport en deux parties : dans la première, il avait démontré la nature infectieuse du tétanos; dans la seconde, qu'il n'a pas encore abordée, il se propose de

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Tout le monde sait combien les pratiques abortives sont répandues aux Etats-Unis. J'ai même raconté autrefois la manière détournée dont s'y prenait un de ces accoucheurs avant terme pour arriver à son but. Il prescrivait des pilules et ajoutait : On peut en prendre trois, sans danger d'avortement!

Ces pratiques ont fait de tels progrès, paraît-il, qu'un journal quotidien américain, le *Chicago Times*, a voulu, dit le *Journal of the American Medical Association*, se rendre compte des facilités qu'accorde le corps médical de son pays aux pratiques infanticides Il a, en conséquence, envoyé à un certain nombre de médecins et de sages-femmes une jeune personne de bonne famille qui s'est présentée comme ayant « eu des malheurs » et désireuse de dissiper sans retard les conséquences de sa faute. Les uns se sont déclarés tout prêts; d'autres l'ont congédiée; certains lui ont fait de la morale, et d'autres l'ont envoyée à des « spécialistes ».

Son enquête terminée, la jeune personne est allée rédiger le récit de ses pérégrinations et l'a publié. L'affaire n'en restera pas là, car un des médecins nommés a entamé un procès contre le *Times*.

Il faut dire, comme circonstances atténuantes en faveur de ceux qui se sont laissé..

démontrer l'origine équine de cette maladie. M. Nocard, suivant l'ordre indiqué par M. Verneuil, a apporté de nouvelles preuves en faveur de la nature infectieuse, mise un peu en doute par M. Alph. Guérin. Mais il faut éloigner l'idée qu'on se fait de l'infection et ne pas croire que la transmission se fait seulement par l'air. Il y a bien d'autres agents de transmission dont le pansement ouaté ne peut préserver les blessés. M. Leblanc, plus impatient, n'a pas discuté la nature infectieuse, mais l'origine équine, qu'il repousse avant d'avoir entendu les raisons, et surtout les faits, que M. Verneuil se propose d'invoquer à l'appui. Il eût été bon cependant d'attendre la seconde partie du rapport de M. Verneuil, qui renferme justement les faits de contagion du cheval tétanique à l'homme, que M. Leblanc demande pour être convaincu.

Le résumé donné dans notre dernier numéro des communications de M. Hayem, sur la genèse de la fièvre, et de M. G. Lagneau, sur la mortalité des soldats et des marins français dans les colonies, en a fait voir l'importance. Nous y renvoyons nos lecteurs. — L.-H. P.

---

## Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

### De l'empoisonnement oxy-carboné par les poêles à faible tirant (poêles mobiles, manivelles, etc.).

Leçon recueillie par G. Bouisson, interne du service.

Messieurs,

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone, beaucoup plus commun que nous ne le croyons généralement, peut être le résultat d'un accident ou d'un suicide. Le suicide par l'oxyde de carbone est fréquent en France, où est répandue cette idée fausse que le charbon fait mourir sans souffrance. Sur 19,081 suicides relevés de 1853 à 1857, on en a compté 1,752 par le char-

---

séduire par cette jeune enragée de statistique, qu'elle ne s'est pas adressée aux vieux médecins, et qu'elle parlait aux autres avec une larme perlant aux cils de ses jolis yeux.

Il faut ajouter encore que cet état de choses n'a rien d'étonnant, étant donnée la facilité avec laquelle s'obtiennent les titres médicaux aux Etats-Unis.

D'après une notice publiée par la *Semaine médicale*, il y a, à l'heure actuelle, 138 Ecoles de médecine aux Etats-Unis, et ce nombre augmente chaque jour. La population des Etats-Unis peut être actuellement estimée à 56 millions en chiffres ronds, ce qui donne une école pour 405,800 âmes. Quoique ce nombre de 138 Ecoles de médecine pour un seul pays semble très élevé, à première vue, il ne l'est cependant pas lorsqu'on pense à l'immense territoire sur lequel ces Ecoles sont disséminées. Ainsi la France, avec son territoire de 204,096 milles carrés, a 23 Ecoles de médecine; si les Etats-Unis, qui mesurent quatorze fois la superficie de la France, en avaient dans la même proportion, le nombre s'élèverait à 322. Mais, d'un autre côté, vu le chiffre de la population respective des deux pays, le nombre d'Ecoles aux Etats-Unis est relativement snpérieur à celui de la France. Ce dernier a une Ecole pour 1,600,000 habitants, tandis que, dans le premier, il y a une Ecole pour 405,800 habitants seulement. Il est inutile de dire que ce chiffre élevé d'Ecoles de médecine n'est nullement en rapport avec les besoins du pays, et que la moitié pourrait en être supprimée sans aucun préjudice pour le bien-être du peuple américain. Depuis l'an 1765, il y a 105 Ecoles qui n'ont joui que d'une existence éphémère, leur extinction succédant à leur création après un laps de tem plus ou moins long.

bon. L'empoisonnement accidentel souvent ignoré est surtout commun dans la saison d'hiver. Il résulte habituellement de l'usage de réchauds, poêles portatifs, fourneaux allumés dans une pièce close et mal aérée, poêles dont le tuyau a été fermé pendant la combustion. Dans les usines métallurgiques, il surprend quelquefois les ouvriers endormis dans le voisinage des fourneaux qui laissent échapper le gaz toxique par des fissures. Les fissures des cheminées ordinaires peuvent produire le même résultat. Bayard et Tardieu l'ont vu succéder à la combustion lente des planches ou poutres dans l'épaisseur d'un plafond ou d'un mur.

Fodor, dans un travail sur l'oxyde de carbone et ses rapports avec la santé (1), propose de faire contrôler les appareils de chauffage et d'utilisation du gaz. Vous n'ignorez pas, en effet, que le gaz d'éclairage peut donner lieu, lui aussi, à des empoisonnements aigus, et l'on sait aujourd'hui que l'agent toxique, dans les cas de ce genre, c'est encore l'oxyde de carbone. Les autopsies d'Ollivier (d'Angers) et les recherches de Tourdes ne laissent aucun doute à cet égard (2). Pettenkofer, d'ailleurs, a recueilli un certain nombre de cas où l'on a attribué à des affections typhoïdes les symptômes dépendant d'une intoxication par le gaz d'éclairage, c'est-à-dire par l'oxyde de carbone. Au Congrès de Turin, M. Layet (3), tenant compte de tous ces inconvénients, propose l'interdiction du chauffage au gaz dans les cabinets de travail, les chambres à coucher, dans toutes les pièces, en un mot, fréquemment habitées.

Il existe deux sortes d'empoisonnements par l'oxyde de carbone : empoisonnements aigus dus à l'absorption rapide d'une grande quantité de gaz toxique et empoisonnements chroniques liés à l'absorption continue ou

(1) In *Deutsche Vierteljarschrift für off. Ges.*, t. XII, p. 317, et *Revue d'hygiène*, 1879, p. 878.

(2) Tourdes : *Relation médicale des asphyxies occasionnées à Strasbourg par le gaz d'éclairage.* Strasbourg, 1841.

(3) *Revue d'hygiène*, 1880.

La création d'une Ecole de médecine aux Etats-Unis se fait de la manière suivante : certains médecins qui constitueront la Faculté de la future Ecole se mettent d'accord sur son organisation et demandent au Corps législatif de l'Etat dans lequel ladite Ecole doit avoir son siège, de lui accorder une charte (*charter*), en vertu de laquelle la nouvelle Faculté aura le droit de conférer des diplômes de docteur en médecine et en chirurgie à ceux des élèves qui auront satisfait aux conditions d'étude prescrites par ladite Faculté. Le Corps législatif accorde ordinairement cette charte, et alors les médecins, devenus ainsi des professseurs du jour au lendemain, émettent des prospectus en masse, et bientôt les élèves se font inscrire. La deuxième année de l'existence de l'Ecole voit déjà des *graduates* (élèves sortants) avec le titre de M. D. (*Medicinæ Doctor*). Ces élèves ont, dès lors, le droit d'exercer la médecine dans l'Etat où se trouve l'Ecole dont ils ont reçu le diplôme de docteur, et dans la plupart des autres Etats et territoires de la Confédération.

Le plus grand nombre des Ecoles de médecine de création récente sont situées dans le Far-West, où la population augmente rapidement.

Quant au droit d'exercer la médecine en général, chaque Etat formule ses propres lois comme bon lui semble. Le gouvernement général du pays entier, qui siège à Washington, n'intervient pas dans la réglementation de l'exercice de la médecine, car, à ce point de vue comme à bien d'autres, chacun des quarante-huit Etats et territoires est absolument autonome. La généralité de ces divisions du pays a ses lois propres, qui sont plus ou moins sévères en ce qui concerne l'exercice illégal de la médecine. Mais il

souvent répétée de faibles doses du poison. Les premiers sont parfois le résultat de tentatives de suicide; les seconds sont toujours accidentels.

C'est un accident de ce genre qui m'amène à vous parler aujourd'hui de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone et d'une des causes les plus communes de cette intoxication, l'usage des poêles mobiles, contre lequel nous ne pouvons trop nous élever, comme vous allez le voir.

B..., âgé de 38 ans, pharmacien, est amené dans notre service, salle Piorry, nº 3, le dimanche matin, à dix heures, dans un état de coma et de résolution musculaire complète à gauche. Le membre est flasque comme dans une apoplexie cérébrale. A droite, il y a une contracture incomplète du membre supérieur. Les réflexes et la sensibilité sont conservés et même exagérés. Le pouls est fréquent; la respiration, nullement stertoreuse, se fait comme dans un sommeil accablé. Pas de déviation de la face. Les globes oculaires sont convulsés en haut et présentent du nystagmus. La mâchoire est fortement serrée. La langue est mordue. Le malade a vomi abondamment. Température, 38°.

Les renseignements donnés par le beau-frère du malade nous apprennent que celui-ci a été intoxiqué cette nuit par un poêle mobile, dit poêle manivelle, et que sa petite fille, âgée de 9 ans, est morte de cette intoxication. Traitement : 2 grammes de poudre d'ipécacuanha, piqûres d'éther. Inhalation d'oxygène.

Le 10 décembre au matin, l'aspect du malade est celui d'un homme qui vient de s'éveiller. Sorti du coma hier à deux heures, il se sent courbaturé et il fait entendre une toux sèche gutturale. Il a passé la nuit comme assoupi, se plaint de rêvasseries, ne se souvient pas de ce qui s'est passé. Il sait que c'est son poêle qui l'a rendu malade parce qu'on le lui a dit. Potion éthérée. Temp. 38; pouls 60.

Le 11. — Idées nettes, paroles faciles, mais persistante céphalalgie, inappétence. Le malade est incapable de se lever.

Le 12. — Le mieux s'accentue; la sensibilité est normale, légèrement exagérée à la douleur; les réflexes ont reparu. Le malade, que nous avons fait lever le matin, peut à peine rester debout; il se sent mal équilibré et ne pourrait retourner chez lui. Nous le conservons encore quelques jours dans le but de savoir s'il ne se produira pas quelques désordres du côté des nerfs périphériques, ainsi que cela se voit fréquemment à la suite de l'empoisonnement aigu par l'oxyde de carbone. Il sort sans avoir encore recouvré sa mémoire.

---

y a encore dix Etats et cinq territoires dans lesquels la pratique est libre, n'importe qui pouvant s'établir impunément comme médecin.

A mesure que les lois réglant l'exercice de la médecine s'améliorent, l'instruction médicale donnée dans les Ecoles de médecine devient meilleure. Il y a quelques années, aucune Ecole n'exigeait plus de trois années d'étude et deux années seulement de présence aux cours, suivies d'examens, pour obtenir le diplôme de docteur; mais actuellement beaucoup d'Ecoles exigent trois années de présence aux cours de la Faculté, ce qui est déjà un progrès; toutefois, au point de vue du temps des études exigées d'un élève, ces Ecoles restent toujours en arrière des Ecoles de médecine européennes.

Au milieu de tant d'Ecoles enseignant ostensiblement la médecine dans les Etats-Unis, il devait forcément y en avoir de mauvaises à côté de bonnes. Tandis qu'il n'y a plus de soi-disant Facultés de médecine qui vendent impudemment des diplômes de docteur à qui en désire sans examen ou présence aux cours, il y en a encore qui enseignent la médecine d'une façon peu sérieuse. L'*Illinois State Board of Health* (Conseil d'hygiène et de salubrité de l'Etat d'Illinois) a entrepris, depuis 1880, la tâche énorme de classer, en quelque sorte, toutes ces 138 Ecoles, d'en reconnaître les bonnes et de rejeter les mauvaises. Pour ce faire, le *Board* dressa un programme représentant le minimum des qualités requises d'une Ecole pour que celle-ci puisse être classée comme présentant un état sérieux suffisant.

Les institutions dont les noms suivent ne remplissent pas ces conditions et sont, par conséquent, rejetées par le *Board : American Eclectic Medical College*, de Cincinnati (Etat

Tel est l'état du malade que vous avez sous les yeux; voici maintenant les circonstances dans lesquelles s'est produit l'empoisonnement :

Cet homme habite, au premier, un appartement composé de trois pièces et d'une cuisine. Il a acheté, il y a une huitaine de jours, un poêle manivelle qu'il allumait dans le jour et chargeait tous les soirs à quatre heures. Toutefois, la veille de l'accident, ce poêle non éteint avait été placé le soir dans la salle à manger où personne ne couchait. Cette salle est pourvue d'une cheminée qui fait face à la porte d'entrée ; c'est une pièce de fond. Une fenêtre donne sur une cour intérieure. Dans une chambre située à côté de cette salle à manger couchaient le père et la fille; c'est à onze heures le samedi que le poêle manivelle fut retiré de cette chambre et roulé dans la salle à manger. La porte de communication fut fermée. La femme du malade était couchée avec son autre enfant dans une troisième pièce donnant sur la rue et séparée de la chambre à coucher du père par une chambre en forme de couloir de plusieurs mètres de long. Les portes des deux chambres à coucher étaient fermées, ainsi que celle de la cuisine, où couchait la bonne.

Le matin à sept heures, M^me^ B... se réveille, ainsi que son enfant, en proie à un violent mal de tête; elle entre dans la chambre de son mari, le trouve dans l'état indiqué plus haut, et sa fille morte dans un lit voisin. La bonne était de son côté très souffrante. A l'étage au-dessus, on a dit avoir entendu des appels vers les quatre heures et demie, auxquels on n'attacha pas d'importance.

Le poêle était à grand tirage, car la clef du tuyau d'abouchement se trouvait ouverte au maximum, le cendrier était complètement fermé et les bouches de chaleur ouvertes toutes les trois. La plaque mobile de la cheminée présentait un peu de jeu, dans sa partie droite où elle ne joignait pas tout à fait avec le bord inférieur du tablier fixe.

Telle était la disposition des lieux dans lesquels s'est produit l'empoisonnement du malade que vous avez sous les yeux; quelques mots maintenant sur les poêles mobiles.

---

d'Ohio) ; *American Health College*, de la même ville ; *American University*, Philadelphie ; *Bellevue Medical College of Massachusetts*, Boston ; *College of Physicians and Surgeons*, de Buffalo (Etat de New-York) ; *College of Physicians and Surgeons Milwaukee*, dans le Wisconsin ; *Eclectic Medical College of Pennsylvania; Edinburgh University*, de Chicago, de Saint-Louis et ailleurs ; *Excelsior Medical College*, de Boston ; *First Medical College of the American Health Society*, de Boston ; *Hygeo-Therapeutique College*, de Bergen-Heights (Etat de New-Jersey) ; *Hygeo-Therapeutique College*, de New-York; *Joplin Medical College*, de Joplin (Missouri) ; *Livingstone University*, Haddonfield (New-Jersey), *Medical Department of the American University of Boston*, de Boston ; *New-England University of Arts and Sciences*, de Boston ; *Idem*, de Manchester (New-Hampshire) ; *Pannsylvania Medical University*, de Philadelphie ; *Philadelphie University of Medicine et Surgery*, de Philadelphie ; *Physio-Medical College* et *Physio-Eclectic Medical College*, de Cincinnati ; *Saint-Louis Eclectic Medical College*, de Saint-Louis (Missouri) ; *Saint-Louis Homœopatic Medical College*, de Saint-Louis ; *United States Medical College*, de New-York.

* * *

Voici, sur la *résurrection du béret*, un certain nombre de documents que nous extrayons du *Bulletin médical*.

Ce n'est pas seulement au quartier Latin et à Paris que le béret — cette coiffure de nos anciens — a fait sa résurrection et que des monômes plus ou moins solennels ont salué cette reviviscence. Il en a été de même à Nancy, à Lyon, à Montpellier.

Tous les poêles dits mobiles ou à double tirant ont pour but de donner un feu *lent, continu* et d'être *transportables*. La mobilité s'obtient en garnissant le poêle d'un soubassement à roulettes, la continuité en chargeant toutes les douze heures avec du coke et toutes les vingt-quatre heures avec de l'anthracite, le cylindre intérieur du poêle. Quant à la lenteur, elle est l'effet du mode suivant lequel s'opère l'aération, et cela est facile à comprendre, car moins il pénètre d'oxygène dans le poêle, moins on brûle de combustible, et plus le poêle est économique; mais alors qu'arrive-t-il? C'est que la quantité d'oxygène est insuffisante à transformer tout le carbone en acide carbonique, et que le produit de la combustion est surtout de l'oxyde de carbone, gaz dont la toxicité est redoutable. L'analyse des gaz de la combustion d'un poêle américain, faite par M. Boutmy (1), comparée à celle des vapeurs d'une cheminée, pratiquée par A. Smith, montre bien quelle est, sous ce rapport, la différence de composition.

| | Cheminée | Poêle américain |
|---|---|---|
| Acide carbonique | 6 | 9,34 |
| Oxyde de carbone | 1 à 3 | 16,70 |
| Oxygène | 12 | Néant |
| Azote, hydrogène, eau | 80 | 73,95 |
| | 100 | 99,99 |

Ces résultats sont faciles à comprendre, car on sait que pour brûler 1 kilogr. de houille, il faut 9 mètres cubes d'air, or, des recherches anémométriques faites par M. Vallin, il résulte qu'il n'en passe dans un poêle américain que 4 mètres, et par conséquent la transformation en acide carbonique ne pouvant avoir lieu, il se produit de l'oxyde de carbone.

C'est la suppression presque absolue pour certains poêles de toute ventilation qui les rend dangereux. L'invention du cendrier elle-même, qui pourrait jouer un rôle pour l'appel de l'air comme dans les poêles ordi-

(1) Boutmy, dans *Revue d'hygiène*, 1864.

A Lyon, le monôme, disent les journaux locaux, se serait fait avec accompagnement de chansons *dites* patriotiques, et spécialement du : *En revenant de la Revue*. C'est une nuance par rapport à Paris.

A Montpellier, après une délibération des étudiants, réunis en assemblée générale, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, on a choisi la toque de Rabelais sous le prétexte que l'auteur de *Gargantua* a fait ses études médicales dans cette ville. C'est, paraît-il, moins élégant, mais plus couleur locale.

L'épidémie Bérétique a gagné l'Italie, et c'était justice puisqu'elle en était partie. On sait, en effet, que la période d'invasion remonte au retour des étudiants délégués aux fêtes du huitième centenaire de l'Université de Bologne.

Dans cette ville, il y a eu, nous écrit un correspondant, une véritable fête inaugurative le 21 janvier dernier. L'*imberrettamento* de tous les étudiants a eu lieu solennellement aux pieds de la tour d'Asinelli. Un groupe d'étudiants mandolinistes a joué une valse de circonstance composée par l'étudiant Lozzi. Enfin, il y a eu conférence et festin.

Rappelons, pour les historiographes de l'avenir, qu'à Paris le liseré destiné à spécialiser les Ecoles est rouge-grenat pour la Faculté de médecine, jaune pour l'Ecole de droit et vert pour l'Ecole de pharmacie. Comme fond univoque : velours noir.

A Turin, un Comité nommé par les étudiants de l'Université vient d'adresser à tous les étudiants du royaume une invitation à un grand banquet qui aurait lieu à Turin au milieu de février, et dont le but serait de fêter les bases d'une vaste association des étu-

naires, est rendue inefficace par l'épaisseur de la colonne de coke entassée dans le cylindre intérieur.

Vous savez comment sont construits les poêles mobiles. Ils se composent en général de deux cylindres concentriques entre lesquels existe un manchon vide, une sorte de chambre de sûreté, si, comme nous le verrons tout à l'heure, certains constructeurs n'en annihilaient le rôle en perçant sur le cylindre extérieur des ouvertures dites bouches de chaleur. Le cylindre intérieur en fonte ou en tôle reçoit le combustible. Il est fermé par un premier couvercle en anneau reçu dans du sable fin, ce qui a pour but de rendre, prétend-on, la fermeture hermétique. Ce sable se trouve placé dans l'espace formé à la partie supérieure par la réunion du cylindre intérieur et du cylindre extérieur.

La colonne de coke intérieure est surchauffée par le foyer inférieur et il doit en résulter, ainsi que le fait remarquer le docteur Vallin, des phénomènes de dissociation comme dans les hauts fourneaux, c'est-à-dire de transformation d'acide carbonique en oxyde de carbone. Ainsi, d'une part, fermeture presque complète à l'arrivée de l'air dans le foyer, l'air ne venant plus que par les mal-joints du cendrier et des pièces de l'appareil; de l'autre, fermeture relative aux gaz qui s'échappent du foyer par une colonne de coke considérable, surchauffée, où il se forme encore de l'oxyde de carbone, tels sont les inconvénients qui résultent de l'établissement du seul cylindre intérieur. Ajoutons, sans entrer plus avant dans des détails techniques, que les gaz de la combustion ont souvent de la peine à se dégager. Certains poêles mobiles, en effet, sont pourvus d'un tuyau muni d'une valve interne incapable d'obturer complètement son calibre, mais pouvant permettre le refoulement vers les enveloppes de tôle du poêle, c'est-à-dire vers la chambre des gaz délétères; cela, prétend-on, pour régler le tirage.

Mais l'appel d'air de la cheminée, direz-vous? Il est rendu inefficace par la plaque mobile. Je parle ici des plaques mobiles qui ne présentent, comme c'est le cas pour notre malade, qu'un seul orifice pour le tuyau du

---

diants italiens. Le prix du banquet est fixé à 4 fr. 50. L'adresse des étudiants Turinois à leurs camarades des autres Universités dit, en *post-scriptum*, que l'association projetée s'interdira la *vilaine politique* (ces mots sont en français dans le texte italien) et tout esprit de parti.

Il paraît que le projet de cette immense fédération et du banquet d'inauguration a été conçu en deux temps et quatre mouvements, à la fin d'un gai dîner d'étudiants, et comme la chose la plus simple du monde. La *Gazetta Piemontese* dit que c'est une idée générale qu'explique un peu l'approche du carnaval.

A Padoue, une grande agitation règne parmi les étudiants à l'occasion de paroles un peu vives prononcées à leur adresse par un officier de cavalerie de la garnison, à l'occasion de cette fameuse coiffure du béret.

Les étudiants, réunis à l'intérieur de l'Université, ont nommé une commission de quatorze membres chargée d'aviser aux mesures à prendre, et spécialement de demander à l'officier en question une réparation par les armes et de présenter une protestation au général commandant Boselli. Ce dernier a répondu à la Commission, conduite par le recteur de l'Université, que, si un de ses officiers était coupable, il le punirait, et qu'il faisait commencer une enquête. Les étudiants en attendent le résultat. Les têtes sont assez montées pour que, dans l'après-midi d'aujourd'hui (1er février), une troupe considérable d'étudiants et de peuple ait suivi, pendant assez longtemps, quatre officiers de cavalerie, en les sifflant. Ces derniers ont continué leur chemin sans se retourner.

poêle sans ventouse inférieure. En somme, insuffisance de prise d'air, insuffisance d'échappement des gaz au dehors, tels sont les deux énormes inconvénients des poêles en question.

Ajoutons encore que la tôle ou la fonte se laissent traverser à une température élevée par les gaz et surtout par l'oxyde de carbone. Le cylindre extérieur a pour but de créer une chambre à enveloppe externe, moins chaude, moins susceptible de se laisser traverser. Malheureusement cette enveloppe protectrice est percée dans certains poêles d'orifices qu'on peut ouvrir ou fermer à volonté et qui permettent au gaz de s'échapper dans la pièce où est le poêle.

Dans notre cas, ces orifices étaient complètement ouverts, et l'on sentait encore une très mauvaise odeur à leur niveau le lundi matin, trente heures après l'accident. D'ailleurs la fermeture du cylindre intérieur, dite *fermeture au sable*, est généralement une fermeture insuffisante à l'échappement des gaz par la partie supérieure du cylindre, et certains constructeurs l'ont compris, comme d'autres ont compris l'inconvénient des bouches de chaleur, de la fermeture du tuyau d'échappement, et les ont supprimées. En effet, il suffit d'un fragment de coke dans le sable et sous le couvercle pour rendre la fermeture illusoire. De plus, le sable est hygrométrique, et, à la longue, s'empare d'assez d'eau pour oxyder à sa partie inférieure le métal qui le reçoit, y perce des trous suffisants pour l'échappement de gaz.

Tous ces inconvénients sont réunis dans le poêle manivelle; ils existent, pour la plupart, dans le poêle Choubersky, même dans le modèle de cette année, et se retrouvent du reste dans tous les poêles à combustion lente.

Mais, au moins, si on ne couche pas dans la pièce où se trouve le poêle mobile, est-on à l'abri de l'empoisonnement? L'exemple que vous avez sous les yeux prouve le contraire et cela est facile à comprendre. Quand vous transportez le soir un poêle mobile dans une autre chambre que celle où vous couchez, les gaz de ce poêle, comme cela a dû se passer pour notre malade, rencontrent surtout aujourd'hui, dans les maisons neuves où on ne fait plus de ventouses aux cheminées, un courant d'air descen-

---

Ces événements n'ont pas empêché notre jeunesse universitaire de délibérer qu'elle adopterait le béret moyen-âge!

A Florence, le 29 janvier, vers neuf heures du soir, cent vingt étudiants sortaient d'un banquet destiné à réconcilier les partisans et les adversaires du béret, car cette coiffure menaçait de diviser la jeunesse des Ecoles en Capulets et Montéguts.

On a fait — naturellement — un peu de bruit à la sortie du festin. Des curieux s'étaient joints à la population et les autres criaient : « *Viva la fratellanza universale!* Vive la fraternité universelle! *Viva Boulanger!* » On prétend même avoir entendu quelques cris de : « *Viva la Republica!* »

La manifestation s'arrêta devant le café de l'Alhambra, où une bagarre se produisit entre les manifestants et les garçons de café. Banquettes, tables, tasses et vitres furent bousculées, tant et si bien que des carabiniers et la garde d'une prison voisine intervinrent. Deux manifestants furent arrêtés, puis relâchés une demi-heure après sur la promesse que le tumulte cesserait.

Ce qui eut lieu.

Au total, beaucoup de bruit et peu de mal.

***

Notre excellent confrère, M. le docteur Le Sourd, m'écrit pour me signaler une erreur qui s'est glissée dans ma dernière *Causerie* du 26 janvier. Voici en quoi elle consiste : J'ai

dant, la ventilation d'une cheminée se faisant très souvent par la cheminée voisine. Vous avez chauffé une cheminée toute la journée; il s'est établi par celle d'à côté et les mal-joints des portes et fenêtres un courant d'air froid de haut en bas dans la cheminée non chauffée, de bas en haut dans l'autre. Vous déplacez votre poêle le soir, vous rencontrez le premier courant d'air de haut en bas. Votre poêle mobile ne détermine qu'un courant d'air chaud, très faible, ainsi que cela résulte des recherches anémométriques de M. Vallin, et cet air chaud rencontre le courant d'air froid qui refoule les gaz dans la chambre et dans l'appartement, appelé qu'il est par la persistance du premier courant de ventilation et la différence préétablie de température des deux pièces, et cela bien que la porte soit fermée. On peut répondre qu'il suffit de faire un peu de feu dans la cheminée pour établir le courant voulu. Mais, quand on achète des poêles mobiles, ce n'est pas pour faire du feu dans sa cheminée. (*A suivre.*)

## BIBLIOTHÈQUE

Histoire des plantes, par H. Baillon, professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Paris, etc. — Tome neuvième. — Librairie Hachette.

Ce neuvième volume nous donne l'histoire magistrale de seize familles, que font vivre sous nos yeux 594 figures admirablement dessinées par Faguet. L'*Histoire des plantes* de M. le professeur Baillon est généralement connue et estimée à sa valeur; elle a pris parmi les œuvres de botanique un rang élevé qui n'a été dépassé par aucune autre, si même il a été égalé. Nous n'avons pas la prétention de passer en revue et d'analyser les chapitres consacrés à chacune des seize familles décrites dans le volume; la place nous manquerait. D'ailleurs toute discussion sur les doctrines que M. Baillon expose si simplement, si clairement et avec tant d'autorité, serait ici hors de propos. Bornons-nous à quelques citations et à une appréciation générale, pour attirer l'attention sur ce beau livre.

Parmi les plantes dessinées, nous remarquons l'intéressant *Nepenthes distillatoria*, de

---

cité la *Gazette des hôpitaux* du 18 mai dernier. Or, 18 mai dernier paraît vouloir dire 18 mai 1888; tandis qu'en réalité, l'article est du 18 mai 1875, p. 454.

Il me semblait bien, comme je l'ai dit en tête de l'article, que j'avais déjà lu cela quelque part, mais je n'aurais pas cru qu'il y avait si longtemps. Du même coup, l'erreur est réparée et ma mémoire rafraîchie, de quoi je suis doublement reconnaissant à M. Le Sourd. Simplissime.

---

Pommade contre la blennorrhée. — Casper.

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent cristallisé de 0 gr. 50 à 0 gr. 75. | |
| Lanoline très pure, anhydre .................... | 35 grammes. |
| Huile d'olives pure ............................ | 15 — |

F. s. a. Une pommade. — A l'aide d'une spatule, on dépose cette pommade dans la gouttière d'une sonde cannelée, dont la face convexe est enduite d'huile, et on introduit cette sonde dans l'urèthre, pour combattre la blennorrhée. — Si cette dernière a son siège dans la partie antérieure du canal, il suffit de pousser le bout de la sonde à quelques centimètres au delà du bulbe. Si l'inflammation est localisée dans la région postérieure, on fait pénétrer le cathéther jusque dans la vessie. — N. G.

la famille des ARISTOLOCHIACÉES; les plantes grasses des CACTACÉES, recherchées pour la singularité de leurs formes, la beauté ou même l'odeur de leurs fleurs; la *Saponaire officinale*, de la famille des CARYOPHILLACÉES; la *Betterave*, de la famille des CHÉNOPODIACÉES; la célèbre *Dionœa muscipula*, de la famille des DROSÉRACÉES; la *Belladone*, le *Strychnos nux vomica*, la *Jusquiame*, le *Tabac*, de la famille des SOLANACÉES; la *Digitale*, de la famille des SCROFULARIACÉES; etc. En réalité, le volume comprend 1,178 genres et sous-genres. Il offre donc une collection considérable. Les plantes dessinées sont présentées dans tous leurs détails; c'est une véritable dissection, bien utile aux études.

Indépendamment du mérite de ses descriptions, le livre de M. Baillon est remarquable par le soin avec lequel l'auteur a exposé toutes les propriétés médicinales et industrielles des plantes. Sur ce sujet les détails sont complets; et, pour ce qui intéresse les médecins et les toxicologistes, le chapitre des PROPRIÉTÉS ET USAGES des Solanacées, les *Mandragores*, les *Stramoines*, etc., « célèbres par le rôle qu'elles ont joué comme poison et par les vertus surnaturelles jadis attribuées à leur racine... », mérite particulièrement d'être lu.

L'*Histoire des plantes* de M. Baillon, c'est l'inventaire scientifique de la botanique à la fin du XIXe siècle, une base et un guide sûrs pour l'étude de cette science. — G. R.

---

## CORRESPONDANCE

### L'INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES.

Nous recevons du *Comité de l'Union des médecins libres des stations thermales* la lettre et la note suivantes :

Monsieur le rédacteur en chef,

A cette époque de l'année, les médecins des stations thermales sont disperses. C'est pourquoi nous prenons la liberté de recourir à votre obligeant intermédiaire et à la publicité de votre journal pour porter à leur connaissance la communication ci-dessous. En l'insérant, vous obligerez les 250 confrères que nous représentons actuellement, c'est-à-dire presque tout le corps médical des villes d'eaux.

Agréez, etc. LE COMITÉ.

Paris, 8 février 1889.

Chers confrères,

Dès que nous avons appris le rattachement au ministère de l'intérieur des services d'hygiène, dont dépendent les eaux minérales, nous avons demandé une audience à M. le ministre de l'intérieur, pour l'entretenir de l'inspectorat.

M. le ministre a bien voulu nous rappeler qu'il se souvenait de ce qui lui avait été dit sur ce sujet à Royat, il y a trois ans, par une délégation de toutes les stations thermales du centre. Il nous a mis, séance tenante, en rapport avec M. Monod, directeur de l'Assistance publique en France.

Nous avons exposé à M. Monod que nous avions reçu de la presque unanimité des médecins exerçant dans les stations thermales la mission de faire supprimer le privilège inique et inutile de l'inspectorat, et que rien ne nous avait découragé ni ne nous découragerait dans l'accomplissement de cette tâche.

Avec la franchise, l'esprit de décision et d'initiative que lui connaissent tous ceux qui l'approchent, M. Monod nous a dit expressément :

« Que l'existence de l'inspectorat ne se justifiait guère à ses yeux que par la nécessité pour l'administration d'assurer le service des indigents envoyés par elle dans les stations thermales;

« Que, du reste, il admettait difficilement que ce service fût fait par les inspecteurs sans que ces inspecteurs fussent rémunérés par l'administration;

« Que la gratuité de tels services lui paraissait dangereuse *et même immorale*;

« Que partout où, soit par les conseils municipaux, soit par les médecins, les soins aux indigents malades seraient assurés dans des conditions acceptables, l'inspectorat

pourrait sans inconvénient disparaître, mais que le service des indigents devrait être organisé de manière à ce qu'ils fussent non seulement régulièrement et convenablement soignés, mais encore renseignés dès leur arrivée sur les noms et adresses du médecin chargé plus spécialement du service et des autres médecins entre lesquels ils resteraient libres de choisir. »

Nous avons répondu à M. le directeur de l'Assistance publique que le service des indigents — *palladium* de l'inspectorat — était chose beaucoup plus simple que les intéressés ne le disaient; que jamais les médecins libres n'avaient refusé de soigner les indigents; que cela avait été reconnu formellement par le gouvernement dans l'exposé des motifs de la loi qui a supprimé tout traitement aux inspecteurs, et que cette objection, invoquée contre nous depuis si longtemps, n'était que le manteau d'un abus.

A l'œuvre donc, chers confrères, dans le sens des préoccupations si naturelles et si honorables de M. le directeur de l'Assistance publique.

Les mesures qu'il conviendra de prendre varieront plus ou moins suivant les stations. Nous ne saurions entrer ici dans le détail sans abuser de l'hospitalité que la presse médicale veut bien nous donner pour arriver à vous, mais le Comité qui a vos pouvoirs est à votre entière disposition. Et en attendant que l'ouverture de la saison thermale prochaine permette les réunions et les décisions collectives, nous pouvons, dès à présent, pour beaucoup de stations, faire un tout des engagements individuels qui nous parviendront. La chose dépend de vous.

Pour tous renseignements et envois de pièces vous n'aurez qu'à vous adresser au secrétaire du Comité (M. le docteur Janicot, 27, rue de Berne, Paris).

LE COMITÉ.

---

# VARIÉTÉS

## ASSOCIATION MÉDICALE MUTUELLE.

N'ayant pu, à notre grand regret, assister à l'assemblée générale de cette œuvre excellente, nous empruntons les lignes suivantes à la *France médicale* :

« L'Association médicale mutuelle de la Seine, fondée par notre dévoué confrère, le docteur Lagoguey, a tenu dimanche dernier, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sa deuxième assemblée générale annuelle.

« On sait que l'Association médicale mutuelle a pour but d'assurer à chacun de ses membres, en cas d'incapacité d'exercer la profession, une somme de 10 fr. par jour. A cela, quelle que soit la durée de la maladie aiguë ou chronique, chaque sociétaire a le droit absolu de jouir de ces avantages moyennant une cotisation de 10 fr. par mois. M. Lagoguey a eu l'heureuse idée d'appliquer au corps médical une formule déjà employée avec succès dans des Sociétés ouvrières et, avec une ténacité d'apôtre, il est arrivé à constituer, au grand profit de ses confrères, une Société déjà florissante. Aussi dans cette séance d'hier, qu'il présidait, a-t-il reçu la juste expression de la gratitude et de la sympathie de ses confrères.

« L'an dernier, à cette époque, l'effectif de la Société était de 76 membres avec un capital réserve s'élevant à 6,721 francs. Hier l'effectif était de 147 membres avec un capital de 15,800 francs. Le nombre des membres honoraires a augmenté dans des proportions notables, et parmi eux, le secrétaire général, M. Rondeau, qui donnait hier ces détails. comptait avec une juste satisfaction six professeurs de la Faculté.

« L'Association est donc moralement et matériellement très prospère. Ceux qui, au début, conservaient des doutes sur la possibilité de son bon fonctionnement, n'auraient plus aujourd'hui le droit de nier le succès. Le rapport du trésorier, M. Fissiaux, est d'ailleurs concluant à cet égard. Les recettes pendant ces deux premières années, se sont élevées à 20,259 francs ; les dépenses à 4,902 fr. 75 ; parmi ces dernières figurent surtout 329 journées de maladies réparties entre plusieurs confrères. Il reste en caisse près de 16,000 francs, sans compter les recettes courantes. La Société a donc déjà devant elle de quoi rembourser 1,600 journées de maladies. Il est difficile d'imaginer une série

de catastrophes capable d'épuiser cette réserve ; il y a tout lieu de croire, au contraire, que l'heureuse progression de ses finances s'accentuant de plus en plus, la Société pourra prochainement s'occuper non seulement des sociétaires malades, mais des veuves et des orphelins. » A. Ch.

## COURRIER

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Fascicules 18, 19, 20, 21 et 22 ; *Enfants maltraités ou moralement abandonnés*, projet de loi déposé par le gouvernement à la Chambre des députés le 22 décembre 1888. — *Dépôts de mendicité*, rapports et projet de résolution. — *Mont-de-Piété de Paris*, réorganisation de l'appréciation et des ventes. — *Extension des attributions des inspecteurs des Enfants assistés*. — *Assistance médicale dans les campagnes*. Le rapport de M. le docteur Dreyfus-Brisac sur ce dernier sujet est d'un grand intérêt ; il se divise en deux parties : dans la première, l'auteur esquisse rapidement, mais d'une manière approfondie et compréhensive, l'état actuel de l'Assistance médicale ; la seconde partie est consacrée à l'application pratique des principes développés dans la première.

— Le jury provisoire du concours pour trois places de médecin du bureau central, qui doit s'ouvrir le mercredi 27 février 1889, est ainsi composé : MM. Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Lacombe, Potain, Desnos, Labadie-Lagrave, Richet.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1888, le service de santé des établissements pénitentiaires du département de la Seine comporte :

1° Treize médecins ou chirurgiens (chiffre moyen d'indemnité, 1,500 francs) ; — 2° deux médecins ou chirurgiens suppléants (chiffre d'indemnité, 600 francs) ; — 3° cinq aides internes, étudiants en médecine (chiffre d'indemnité, 1,000 francs) ; — 4° trois infirmiers pharmaciens (chiffre moyen d'indemnité, 1,200 francs) ; — 5° deux aides-internes en pharmacie (chiffre d'indemnité, 800 francs).

Société protectrice de l'enfance. — L'Assemblée générale de la Société protectrice de l'enfance aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, rue de la Sorbonne, 15, le dimanche 17 février 1889, à deux heures précises, sous la présidence d'honneur de M. Rousse, de l'Académie française.

*Ordre du jour* : 1. La protection de l'enfance, par M. le docteur Marjolin. — 2. Compte rendu moral et financier, par M. le docteur Blache. — 3. Rapport sur les mémoires pour la question de prix, par M. le docteur Fauvelle. — 4. Rapport sur les récompenses décernées aux médecins-inspecteurs, par M. le docteur Béclère. — 5. Rapport sur les récompenses accordées aux mères-nourrices, par M. Mansais, référendaire au sceau de France.

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



## Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

### De l'empoisonnement oxy-carboné par les poêles à faible tirage (poêles mobiles, manivelles, etc.) (1).

Leçon recueillie par G. Bouisson, interne du service.

D'ailleurs, Messieurs, ces dangers ne sont pas d'aujourd'hui, ils ont déjà été signalés, des enquêtes médico-légales ont été faites ; mais, paraît-il, la loi est impuissante. S'il en est ainsi, il faut la modifier, car nous ne pouvons demeurer plus longtemps simple spectateur, en présence de la mortalité à laquelle donne lieu l'intoxication oxy-carbonée. Effectivement, si on s'en rapportait aux journaux politiques, qui certes ne connaissent pas tous les cas, on serait porté à dire que, dans la saison où nous sommes, il meurt chaque jour à Paris une personne au moins, et sans doute plus, du seul fait de cette intoxication.

Ce que j'entends dire, et ce que je sais par moi-même, me conduit à penser que cette assertion n'est pas exagérée.

Le 5 janvier 1888, le docteur Schmidt m'appelait en consultation pour un malade qui se mourait asphyxié par l'oxyde de carbone dans les conditions suivantes : Le 2 janvier, après un repas copieux, cet homme et un de ses camarades s'étaient couchés dans une chambre assez petite donnant sur l'escalier et dans laquelle ils avaient transporté un Choubersky. La plaque se trouvait mal ajustée, le sable insuffisant. Le lendemain, ne les voyant pas paraître, on fit ouvrir la porte ; l'un des deux, le plus jeune, fut trouvé mort sur le parquet ; l'autre, plus âgé, et pour lequel j'étais consulté, était agonisant ; il succomba dans la nuit.

L'intoxication aiguë dont il s'agit dans ces cas présente deux périodes : une période d'excitation qui offre les symptômes suivants : pesanteur de tête, sensation de compression, vertiges, bourdonnements d'oreilles, station incertaine, tremblement, oppression, accélération des mouvements respiratoires et des battements cardiaques, sensation de déchirement dans la poitrine, oppression, parfois nausées et vomissements ; plus tard, propension au sommeil, faiblesse musculaire. La deuxième période, ou de dépression, est caractérisée par la perte de la sensibilité tactile et générale et celle des mouvements réflexes. L'abolition de la sensibilité générale s'opère peu à peu et disparaît en dernier lieu au devant du sternum, et

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 16 février 1889.

au niveau des cornées; ce qu'il est important de connaître, comme nous le verrons plus loin. Vient ensuite le coma qui est le plus souvent suivi de la mort.

La guérison peut survenir, et alors on observe pendant un temps variable un tremblement général, de la douleur de tête, des sifflements d'oreilles et parfois un délire furieux. Le pouls, d'abord rapide et irrégulier, reprend ensuite son rhythme normal. Il reste des vertiges, de la céphalée, de l'insomnie et de l'amnésie. Notre malade conserve encore des vertiges; et vous vous rappelez qu'il ne se souvient de rien. Ces accidents, la perte de la mémoire surtout, peuvent durer des semaines et même des mois. A cet égard, le docteur de Beauvais (1) rapporte le cas de deux amants qui tentèrent de se suicider par le charbon. La femme succomba et l'homme garda pendant huit jours une amnésie si complète et qui parut si extraordinaire qu'on soupçonna sa bonne foi. La céphalée et l'insomnie peuvent également persister pendant un certain temps; ces phénomènes sont parfois tellement rebelles que les narcotiques ne peuvent parvenir à les combattre.

On observe dans quelques cas des effets éloignés plus graves encore. Deux époux s'asphyxient accidentellement avec leur poêle. Le mari, tenu en observation pendant sept semaines, n'offre aucune suite fâcheuse. La femme, âgée de 37 ans, plus gravement atteinte, reste deux jours sans connaissance. Au bout d'une huitaine, elle reprend ses occupations, ne conservant qu'un peu d'hésitation de la parole. Mais, le vingt-sixième jour après l'accident, elle est prise des symptômes suivants : somnolence, apathie, mutisme presque complet, lenteur de plus en plus marquée des mouvements, raideur des membres dans la flexion, plus accentuée aux bras, surtout au droit; pupilles étroites, insensibles, regard fixe et vague. Rires sans motif. Aucune réponse aux questions. Constipation suivie de selles involontaires. Rétention d'urine. L'urine fétide et purulente ne contient ni sucre, ni albumine. Tous ces phénomènes, après avoir acquis un haut degré d'intensité, rétrocédèrent. La malade fut prise de fièvre, de tremblement universel, d'eschare au sacrum, et succomba à une broncho-pneumonie droite le quarante-cinquième jour après son intoxication. L'autopsie fit constater, entre autres lésions, deux foyers de ramollissement jaune placés symétriquement dans les corps striés. Aucune obstruction vasculaire ne fut découverte (2).

La pneumonie lobulaire est souvent une complication de l'empoisonnement oxy-carbonée, mais on doit considérer comme des manifestations directes les accidents du côté du mouvement ou de la sensibilité sur lesquels Bourdon (3) et Leudet (4) ont tout particulièrement attiré l'attention, comme aussi les troubles vaso-moteurs dont j'ai parlé moi-même dans une leçon faite ici même (5).

Je viens de vous entretenir de l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone; elle est bien connue et donne fréquemment lieu à des expertises médico-légales, aussi devez-vous n'ignorer aucun de ses détails.

(1) *Revue d'hygiène*, 1880, p. 917.

(2) Pœlchen : *Berlin. klin. Wochenschrift*, 26 juin 1882.

(3) Bourdon, thèse de Paris, 1843 (*Arch. gén. de méd.*).

(4) E. Leudet : *Recherches sur les troubles des nerfs périphériques*, etc., mai 1885, p. 513.

(5) E. Lancereaux : *Union médicale*, 1881, t. XXXI, p. 857, et *Leçons de clinique médicale*, Paris, 1883. — Comparez Schachmann, *France méd.*, 1er juillet 1886.

Il ne vous importe pas moins de connaître l'empoisonnement chronique qui est plus commun encore et beaucoup moins étudié, car, trop souvent, j'ose le dire, on prend pour des affections d'une autre nature les désordres que détermine le gaz oxyde de carbone. C'est donc au médecin autant qu'à l'hygiéniste que je m'adresse, en ce moment, puisqu'il suffirait de savoir reconnaître l'origine de ces désordres pour qu'il fût possible de les prévenir en modifiant certaines conditions hygiéniques. Les couturières et les repasseuses y sont les plus exposées, mais les émanations qui proviennent d'un poêle peuvent aussi y donner lieu, comme l'indique le fait suivant rapporté par le docteur Cadet de Gassicourt : un enfant de 29 jours présentait de la torpeur, de l'anéantissement, de la somnolence et refusait les aliments. Le médecin qui le soignait manda, en consultation, notre distingué collègue qui fut tout d'abord fort embarrassé sur le diagnostic à porter, quand, apercevant un poêle dans la chambre de l'enfant, il fut porté à croire à l'influence nocive de ce mode de chauffage; l'enfant en fut séparé et alla bien au bout de quelques jours.

Les signes de l'empoisonnement chronique sont : des céphalées fréquentes ou habituelles, des vertiges, quelquefois des défaillances ou des pertes de connaissance et, enfin, des désordres semblables à ceux que l'on voit succéder à l'empoisonnement aigu, tels que paralysies, névralgies, œdèmes, lésions trophiques, etc.

Il y a quelques jours, entrait dans notre service une jeune fille que vous pouvez y voir encore. Elle était atteinte d'un double œdème des jambes. A gauche, cet œdème qui occupait la cuisse et la jambe, avait presque totalement disparu; à droite, il n'y avait pas à douter de son existence. La jambe et la cuisse étaient manifestement tuméfiées, le tégument, légèrement coloré en rouge vineux, donnait lieu à la pression au niveau du tibia et même de la cuisse à une dépression manifeste. Le pied était à peu près normal.

Ce désordre n'ayant aucun des caractères des œdèmes passifs, je fus immédiatement conduit à diagnostiquer un œdème nerveux, et, me demandant à quoi pouvait tenir cet œdème, j'en arrivai à soupçonner une intoxication oxy-carbonée. La jeune personne, interrogée sur ce point, nous répondit qu'en effet elle avait été fort incommodée, une huitaine de jours avant l'apparition des œdèmes, par la présence d'un poêle roulé dans sa chambre, et que même elle avait eu des vertiges suivis d'une perte de connaissance. A la suite, elle avait ressenti des sensations diverses d'engourdissements dans les membres, après quoi l'enflure était survenue. C'est le troisième fait du même genre que nous observons, l'un d'eux se trouve rapporté dans notre leçon déjà citée. (*Leçons de cliniq. méd.*, Paris, 1883, p. 38.)

Ajoutons que des troubles cérébraux divers, tels que : hallucinations de l'ouïe, conceptions délirantes, indécisions, pénible incertitude, obtusion intellectuelle, et parfois même une démence rapide et incurable, ont été plusieurs fois rencontrés chez des personnes exposées aux émanations oxy-carbonées et rattachées par Moreau, de Tours, notamment (*Union méd.*, 14 nov. 1876) à une intoxication par ces émanations.

Enfin, l'obstacle continuellement apporté à l'oxygénation du sang produit une véritable anémie. Les repasseuses présentent le type de cette anémie qui s'accompagne souvent chez elles d'anorexie.

L'oculiste Guépin a observé, dans l'empoisonnement oxy-carboné, des troubles de la vue avec dilatation des vaisseaux de la choroïde et de la

papille du nerf optique. Par des recherches expérimentales sur l'influence de l'oxyde de carbone contenu dans la fumée du tabac (1), le docteur Le Bon est arrivé à montrer que ce gaz avait une part dans l'empoisonnement nicotinique; aussi doit-on se demander s'il n'existe pas une certaine analogie entre l'anémie bien connue des repasseuses et cette apparence cachectique que présentent certains fumeurs invétérés.

Malgré ces accidents, l'empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone n'est généralement pas mortel; la raison en est dans ce fait que le danger immédiat de ce gaz résulte bien moins de la durée que de la concentration de l'oxyde de carbone dans l'air que l'on respire, comme paraissent l'avoir démontré les recherches de Max Gruber, de Munich (2). Cet expérimentateur, en effet, put respirer impunément pendant trois heures, à deux reprises différentes et à vingt quatre heures d'intervalle, un air contenant de 0,021 à 0,024 p. 100 d'oxyde de carbone. Pourtant, si on en juge par ce qui se passe chez les animaux, les expériences de ce genre ne sont pas sans danger. Tous les animaux ne résistent pas également à l'oxyde de carbone, ceux qui meurent le plus rapidement sous l'influence de ce gaz sont précisément ceux qui ont le plus grand besoin d'oxygène; un millième de ce gaz dans l'air suffit à tuer un oiseau, deux à trois millièmes font périr un chien (Leblanc).

Si vous placez simultanément sous la cloche d'expérience un oiseau et un mammifère, l'oiseau qui consomme beaucoup plus d'oxygène succombera le premier. Personne n'ignore avec quelle facilité les animaux à sang froid, et en particulier les crapauds, supportent la privation d'oxygène. Ces différences dans la résistance à l'empoisonnement se retrouvent dans l'espèce humaine. L'homme robuste ressent les effets du poison et succombe bien avant celui qui, plus faible, consomme habituellement une moindre quantité d'oxygène. Un enfant succombera plus vite qu'un adulte; les faits rapportés plus haut en sont la preuve. Dans les empoisonnement par l'oxyde de carbone, mêlé à d'autres gaz, ceux-ci jouent un rôle presque nul, et Simon a montré qu'en enlevant à l'aide de l'eau de chaux, par exemple, l'acide carbonique contenu dans la vapeur de charbon, cette vapeur n'était pas moins toxique.

Quelques mots maintenant sur le mécanisme de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. Nysten, après une injection de ce gaz dans la jugulaire, vit mourir les animaux lorsque l'injection était faite rapidement, tandis qu'ils continuaient de vivre si l'injection avait été lente. La conclusion que cet auteur tira de ses expériences, c'est que la mort était due à un effet mécanique. Cl. Bernard, reprenant les expériences de Nysten, a constaté que, dans le premier cas, la mort était l'effet d'un acte mécanique, et que, dans le second, si la mort n'arrivait pas, cela était dû à l'élimination par les urines. Vous savez tous que c'est ce grand physiologiste qui a démontré que l'oxyde de carbone agisssait surtout en se fixant sur les globules rouges du sang, et en formant avec l'hémoglobine un composé fixe, tellement stable qu'on peut le faire cristalliser (Hoppe-Seyler). Le sang ainsi modifié devient impropre à entretenir la vie des tissus.

Le sang veineux des animaux morts par cet empoisonnement est le plus

(1) *France médicale*, 1880, p. 364.

(2) M. Grueber : *Ueber den Nachweis und die Giftigheit der Kohlenoxyds und sein Vorkommen in Vorkaumen* (De la recherche et de la toxicité de l'oxyde de carbone et de sa présence dans les lieux habités) (*Arch. fur Hygien*, 1884, t. 1, p. 145).

souvent rouge; cette coloration a été quelquefois aussi rencontrée chez l'homme; mais je dois avouer que je l'ai toujours trouvé noir dans les cas que j'ai eus à examiner. Portal attribuait une grande valeur au gonflement et à la tuméfaction de la face; Marye insiste sur la conservation prolongée de la chaleur du corps, et il fait remarquer que la putréfaction arrive très lentement. Devergie, insistant sur ce fait, dit que la coloration verte des tissus du cadavre ne se manifeste que vers le huitième jour.

Dans les cas de mort subite, au contraire, la putréfaction survient avec une rapidité extrême. Le foie est déjà complètement décomposé et les gaz s'échappent par de véritables vacuoles au bout de deux jours. La différence est frappante.

La peau présente une coloration rouge vif très marquée en plusieurs points du visage, à la face interne des cuisses et généralement au niveau des plis des membres. Les organes internes, poumons, reins, foie et rate, présentent la même coloration rouge qu'ils doivent à l'imbibition de leurs tissus par un sang rutilant.

La coloration du sang veineux tient, selon nous, à la plus ou moins grande rapidité de la mort; ce liquide est rouge si la mort est très rapide; il est noir, si elle est moins prompte.

Les hypérémies et les extravasations sanguines signalées par Schumacher, Portal et autres auteurs n'existent pas toujours, mais elles sont communes et vraisemblablement dues à la stase vasculaire résultant de l'abolition du tonus des vaisseaux. L'éclat persistant de la cornée est un phénomène digne d'être noté.

Mentionnons à nouveau les névrites sciatiques observées par Leudet, ainsi que les névrites du plexus brachial vues par d'autres auteurs, et rappelons les lésions encéphaliques dont il a été question plus haut.

Le pronostic de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone est des plus graves, surtout dans les cas aigus où il est trop fréquemment suivi de mort; cependant, le médecin ne doit jamais désespérer entièrement, même dans ces cas.

Le traitement de l'empoisonnement oxy-carboné a beaucoup varié : Portal saignait et rafraîchissait ses malades. Marye les réchauffait et leur donnait des toniques; mais l'indication capitale est celle que fournit l'action du poison sur les globules rouges.

Dans les empoisonnements faibles, l'air et l'eau froide suffisent. Dans les empoisonnements plus forts avec perte de connaissance, impossibilité des mouvements volontaires, diminution de fréquence de la respiration, il faut flageller le malade avec de l'eau froide, le soumettre à un courant électrique ascendant, le pôle positif à l'anus, le négatif à la bouche, et enfin le surveiller, car il peut mourir de pneumonie.

Si les mouvements respiratoires sont abolis, il faut pratiquer la respiration artificielle. Quand la respiration volontaire est devenue possible, faites respirer au malade de l'oxygène. C'est en 1865, à l'Hôtel-Dieu, dans un cas d'asphyxie par le gaz des fosses d'aisances que j'ai pour la première fois démontré l'utilité de ces inhalations.

Des expériences manométriques et l'observation directe de la circulation dans des ailes de chauves-souris ont conduit Klebs (1) à reconnaître que, dans l'empoisonnement oxy-carboné, la réplétion considérable des vaisseaux

(1) Klebs : *Gazette hebdomadaire*, 1865, p. 333.

périphériques était l'effet d'une modification survenue dans la tonicité de leurs parois. Aussi cet auteur fut-il amené à attribuer aux troubles de la circulation la plupart des symptômes et des lésions de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone, et, dans ces conditions, il arriva à penser que le meilleur moyen à opposer à ces accidents était l'emploi du seigle ergoté. Ce médicament nous a paru n'être pas sans utilité dans certains cas.

Tous les stimulants périphériques, et le froid particulièrement, les piqûres d'éther sont, du reste, indiqués pour réveiller les fonctions du système nerveux. Des purgatifs énergiques peuvent être d'ailleurs d'une certaine utilité.

Tels sont les principaux moyens à opposer à l'intoxication oxy-carbonée; si énergiques qu'ils soient, ces moyens sont loin de réussir toujours. C'est pourquoi nous avons jugé utile de faire connaître le cas qui vient de se passer sous nos yeux, afin de mettre le public en garde contre les dangers qui, dans la saison où nous sommes, résultent du chauffage par le charbon, et surtout par les poêles qui sont en usage aujourd'hui.

---

## BIBLIOTHÈQUE

Nouveau dictionnaire de géographie universelle, contenant *la géographie physique, politique, économique, l'ethnologie, la géographie historique, la bibliographie*, par M. Vivien de Saint-Martin et M. Louis Rousselet. Tome troisième (K-M). — Librairie Hachette.

Cette œuvre immense intéresse tout le monde. Les noms inscrits sont innombrables. Or, il s'en faut de beaucoup que ce soit une simple liste alphabétique. On y trouve, cela va sans dire, les noms des contrées, des villes, des cours d'eau, des lacs, des montagnes, des ports, des estuaires, etc. Mais les auteurs ont décrit, à côté des noms, la configuration physique des pays et des localités, leur situation, leurs limites, leur étendue, en mettant sous les yeux des lecteurs, par une excellente peinture, l'aspect même des lieux dénommés, par exemple, l'aspect de la steppe des Kirkiz, le cours de la Loire, avec les renseignements relatifs aux travaux propres à en régulariser le cours, etc. Ils se sont livrés à un travail extrêmement utile, pour les recherches à faire, sur l'étymologie, les variétés et l'orthographe des noms. Les médecins verront avec plaisir les détails précis sur les climats et les phénomènes météorologiques, les notions de géologie, la nature et les productions du sol, les indications concernant les faunes et les flores, au point de vue de la botanique et de la zoologie, de l'hygiène et de la matière médicale; l'utilité ou même la nécessité des renseignements de cette nature peut se présenter souvent dans la vie laborieuse. Les villes les plus importantes du monde ont été décrites avec soin, et leurs principaux monuments signalés; comme spécimen, on lira le bel article Londres.

L'ethnographie occupe dans ce livre un rang élevé. Les populations sont étudiées et présentées avec leurs éléments. Les détails historiques et archéologiques, les origines et les migrations, les mouvements des populations, leurs noms et leurs divisions, leurs habitations géographiques, leurs caractères physiques et moraux, leurs mœurs et coutumes, leurs cultes, leurs lois, etc., sont donnés d'une manière résumée, mais très complète.

Les auteurs, poursuivant leur grand travail de savante analyse, ont traité de nombreuses questions économiques, qui viennent à leur place dans les divers pays désignés, l'organisation sociale et politique, l'état social, le degré de civilisation, les institutions publiques. Puis, abordant l'ordre d'idées qui touche le plus l'homme civilisé, ils ont signalé les langues, les littératures, les établissements scolaires, les arts, etc.

Les économistes y trouvent aussi ce qui les intéresse dans les différentes contrées, l'industrie et le commerce, le développement de l'industrie, les voies de communication,

les chemins de fer, l'agriculture, etc.; et même des notions sur des sujets qu'on pouvait ne pas s'attendre à rencontrer, l'alimentation, les hôpitaux, les eaux et égouts, les cimetières, des statistiques intéressantes, la biographie des hommes célèbres qui ont illustré la contrée que le lecteur a sous les yeux, une bibliographie, qui s'offre aux travailleurs pour des recherches approfondies, nécessaires, et qui sont un témoignage de l'érudition des auteurs.

En résumé, le dictionnaire de MM. Vivien de Saint-Martin et Rousselet, c'est le monde avec son substratum géographique, ses habitants humains et ses autres produits, rangé par ordre alphabétique. Celui qui le possède dans sa bibliothèque, s'il lui vient à l'esprit de visiter et de parcourir un point quelconque du globe, à la recherche d'utiles renseignements, ou pour la satisfaction de son intelligence, peut, à sa volonté, y faire une promenade ou un voyage, toujours instructif, souvent curieux et intéressant. — G. R.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Des abcès spirillaires*, par MM. Verneuil et Clado. — « Dans la séance du 3 septembre 1888, nous avons déjà entretenu l'Académie de la présence dans les abcès de différents microbes associés aux globules de pus et aux microcoques pyogènes, et donnant à ces abcès un caractère spécifique. A cette époque, seize variétés étaient signalées et la liste n'était certainement pas close, car nous y avions ajouté déjà le cas très curieux d'un abcès du doigt renfermant les spirilles de la salive.

Cette constatation tout à fait inattendue, résultat d'une auto-inoculation traumatique par transfert du microbe d'une région à une autre, nous fit songer à examiner au point de vue bactériologique le contenu des abcès en communication indirecte avec la cavité buccale. Il nous semblait possible *a priori* que les microbes de la salive, s'engageant dans les vaisseaux lymphatiques, pussent parvenir jusqu'aux ganglions et se mélanger au pus des adénites cervicales. Or, nos prévisions se sont pleinement réalisées dans deux cas que nous avons récemment observés.

Dans le premier, il s'agisait d'un homme de 28 ans, ayant plusieurs dents cariées et douloureuses, entre autres la première grosse molaire droite. La gencive était enflammée, ainsi que le périoste alvéolo-dentaire. Un abcès, formé dans un des ganglions sous-maxillaires, était saillant, du volume d'une noix, rouge, fluctuant, prêt à s'ouvrir. La ponction fut faite avec un tube Pasteur et le pus immédiatement examiné au laboratoire. Il renfermait de nombreux leucocytes, des microcoques pyogènes assez abondants et, en quantité beaucoup moindre, des spirilles de la salive bien caractérisés. On trouvait également certains autres microbes qu'on rencontre d'ordinaire dans les liquides buccaux, entre autres le diplocoque encapsulé de la pneumonie. Le pus était fétide.

Par la culture, on a obtenu principalement des colonies de staphylocoques dorés, comme en cas de suppuration aiguës des os. Mais point de spirilles.

Le second cas est relatif à une jeune femme de 20 ans, entrée à l'hôpital pour une adénite sous-maxillaire droite, consécutive à l'extraction d'une molaire cariée faite deux jours auparavant. L'inflammation était aiguë, mais de date récente encore; aussi la tumeur ne proéminait guère, offrait à peine le volume d'une amande, et formait une plaque dure plutôt qu'une collection liquide. On ne sentait point de fluctuation, mais les douleurs étaient vives, avec fièvre, insomnie, inappétence, de sorte qu'on se décida à atteindre le centre du ganglion en suivant les règles opératoires tracées par l'un de nous. Un simple ponction, faite avec un bistouri à lame étroite, pénétra dans une cavité très petite dont on put néanmoins extraire trois ou quatre gouttes d'un pus épais, non fétide, qui fut immédiatement examiné au microscope.

Les globules de pus étaient assez nombreux et bien formés, mais, contrairement à ce qu'on avait observé dans le premier cas, les microcoques pyogènes étaient à peine plus abondants que les spirilles qui existaient en quantité considérable et formaient en certains point de véritables touffes filamenteuses.

A peine si l'on rencontrait quelques-uns des autres microbes buccaux, d'ailleurs tout à fait indépendants des globules purulents. La bouche, soigneusement examinée, ne présentait pas d'autre plaie que celle de l'alvéole. Les cultures, comme dans le cas précédent, fournirent surtout en abondance le staphylocoque doré.

Un tube à drainage fut placé dans la petite incision et conduit jusqu'au foyer purulent; il servit à pousser dans ce dernier, aussitôt et dans la suite, des injections phéniquées. Les accidents furent immédiatement arrêtés et les progrès du mal suspendus.

Le pus, sortant par le drain, fut examiné de nouveau quarante-huit heures après l'ouverture du foyer. Il était riche encore en globules purulents, mais pauvre en microcoques pyogènes. Les spirilles ne s'y rencontrent plus.

A en juger par l'acuité et l'intensité des phénomènes notés dans l'observation précédente, et qu'on retrouve, d'ailleurs, dans les phlegmons sous-hyoïdiens d'origine buccale, les microbes de la salive, et surtout les spirilles, semblent posséder à un très haut degré les propriétés phlogogènes et pyrogènes, sans compter la tendance à produire des phlegmasies septiques et gangréneuses. Les adénites aiguës du triangle sus-claviculaire, de l'aisselle, du pli de l'aine sont, en effet, incomparablement plus bénignes. Mais ce n'est pas seulement dans le système lymphatique, vaisseaux et ganglions, que la pénétration des fluides buccaux cause de grands désordres; le tissu conjonctif peut être aussi gravement atteint. Nous en avons pour preuve le cas d'une jeune dame de province qui s'est récemment présentée à notre observation.

Petite, chétive, un peu pâle et, d'ailleurs, mal remise de sa dernière maladie, elle venait consulter pour une flexion permanente de tous les doigts dans la paume de la main, et de la main elle-même sur l'avant-bras. Cette attitude vicieuse, qui supprimait pour ainsi dire l'usage du membre et causait encore des douleurs assez vives, avait pris naissance à la suite d'un phlegmon de la paume de la main, étendu aux espaces intermusculaires de la face antérieure de l'avant-bras; il avait fallu faire des incisions multiples, larges et profondes, suivies de lavages et de pansements antiseptiques, et c'est au bout d'un mois seulement que le gonflement avait disparu et que les plaies s'étaient cicatrisées. A peine est-il nécessaire de dire qu'une fièvre violente avec douleurs très intenses avait, pendant plusieurs jours, inspiré de sérieuses inquiétudes.

Mais l'intérêt de ce cas réside surtout dans les circonstances étiologiques.

La dame avait presque toutes les dents gâtées. Un jour, elle se piqua très légèrement la paume de la main avec la pointe d'une petite lime à ongles dont elle venait de se servir pour gratter la cavité d'une de ses dents. Cette blessure insignifiante donna naissance, presque aussitôt, à un phlegmon sous-aponévrotique très intense, avec formation de pus mélangé de gaz et horriblement fétide. Une incision très précoce n'empêcha pas la propagation de l'inflammation à l'avant-bras et au bras, et il fallut inciser de nouveau.

Bien que l'examen microscopique n'ait point été fait dans le cas précédent, nous n'hésitons point à le rapprocher de celui du panaris à spirilles signalé plus haut. Ces deux observations réunies mettent en pleine évidence les propriétés éminemment délétères des liquides buccaux et le danger de leur auto-inoculation, au moins chez les sujets atteints de carie dentaire.

Tout porte à croire que les accidents sont dus à quelques microbes pathogènes. Reste à savoir si les spirilles en sont particulièrement responsables.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

**Séance du 13 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.**

Sommaire : Plaies pénétrantes de l'abdomen. — Ostéo-sarcome de la clavicule.

M. Reclus soutient les avantages de sa pratique dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen avec perforation de l'intestin. Les plaies peuvent guérir spontanément : ou bien les ouvertures des tuniques cessent de se correspondre, ou bien la plaie est oblitérée par un bouchon muqueux, ou bien enfin l'ouverture est fermée par l'épiploon et une anse voisine et des adhérences se produisent ensuite. Le tout est de

savoir si la guérison spontanée est assez fréquente pour que l'on puisse en tenir compte dans la décision que l'on prend en présence d'un cas donné.

Les faits sont là pour démontrer la guérison spontanée. Dans une première catégorie, on peut ranger les cas dans lesquels aucun symptôme n'a prouvé l'existence de la plaie de l'intestin; on peut cependant admettre qu'elle existe, car plaie pénétrante de l'abdomen et perforation de l'intestin vont presque toujours ensemble. Dans ces cas, la guérison survient.

Lorsque les signes de la perforation sont évidents, les chirurgiens ne sont pas d'accord. Les uns regardent l'hématémèse et le mélæna comme des signes de plaies de l'estomac et du gros intestin et non de plaies de l'intestin grêle qui ne guérissent pas. Sur quoi se basent leurs affirmations? Les anses intestinales ont une place variable dans le ventre; la balle peut blesser plusieurs viscères, la moyenne du chiffre des perforations étant cinq; enfin le trajet est loin d'être toujours rectiligne. Il est impossible, par le seul examen du point où le projectile est entré, d'indiquer d'avance sur le cadavre quelles sont les lésions produites.

Sur 114 plaies par balles de revolver où on n'est pas intervenu, il y a eu 94 guérisons et 20 décès, la mortalité est donc de 18 p. 100; 59 plaies par instruments tranchants ont donné 49 guérisons et 10 décès, soit une mortalité de 17 p. 100. M. Reclus peut ajouter à ces statistiques 5 cas personnels dont 3 où il s'agissait de balles de revolver qui ont guéri.

Il a eu récemment à intervenir sur un jeune homme de 20 ans qui s'était donné un coup de couteau dans le flanc gauche; l'épiploon sortait par la plaie, et, l'hémorrhagie étant assez abondante, il fit la laparotomie. Il existait des perforations du mésentère et du jéjunum et des traces de péritonite adhésive commençante sans épanchements dans la séreuse. Le malade mourut de péritonite, et l'intervention a certainement hâté la mort.

Toutes les blessures dans lesquelles on est forcé de manipuler l'intestin donnent une mortalité élevée qui baissera peut-être lorsque l'on opérera plus tôt. Malgré tout, l'intervention hâtive donne encore beaucoup de morts en France, et on peut rapprocher de ces échecs les nombreux succès obtenus par le traitement médical.

M. Terrier croit que les statistiques de M. Reclus ne démontrent pas du tout qu'on ne doive pas traiter les plaies de l'intestin par les sutures. Il n'admet pas, et c'est le sentiment de beaucoup de chirurgiens, que toute plaie abdominale s'accompagne forcément de lésion de l'intestin.

Les expériences que M. Reclus a entreprises ne sont pas convaincantes, et il existe de trop grandes différences entre ce qui se passe sur le corps mort et sur le corps vivant pour qu'elles soient démonstratives.

Les plaies intestinales sont très graves et l'on ne peut être un peu rassuré que lorsqu'elles sont suturées. Les mécanismes de guérison indiqués par M. Reclus ne sont rien moins que prouvés. Le bouchon muqueux que l'on rencontre parfois entre les lèvres de la plaie peut être septique et, par conséquent, donner naissance aux plus graves accidents; l'épanchement peut être extrêmement peu abondant et cependant tuer les blessés. La cause de la mort reste souvent inconnue par suite de l'imperfection des moyens de recherches qu'offrent les laboratoires, et les résultats seront meilleurs quand on sera mieux organisé pour les opérations.

M. Kirmisson reconnaît qu'il n'est guère possible de dire les organes qu'a blessés dans le ventre une balle de revolver, mais que, cependant, quand des régions spéciales sont atteintes, telles que les flancs, l'épigastre, on peut penser à plusieurs lésions probables. C'est pour la région ombilicale que les difficultés de diagnostic sont les plus grandes.

M. Reclus a cité parmi les cas malheureux le fait qu'a rapporté M. Nélaton dans une des précédentes séances; dans ce cas, cependant, la mort a été amenée par une faute opératoire qu'a reconnue le chirurgien lui-même.

M. Kirmisson accorde autant de valeur aux statistiques étrangères qu'aux nôtres. Il a cité celle de Dalton, qui montre que le nombre des succès va en augmentant.

M. Périer cite un fait qu'il a eu occasion d'observer il y a trois ans. Ayant eu à soi-

gner un jeune homme qui s'était donné un coup de couteau dans le ventre, il pratiqua la suture abdominale peu de temps après l'accident. Le malade sortit dix jours après, mais mourut, après une douzaine de jours, d'une péritonite suraiguë développée à la suite de la rupture d'adhérences.

M. Berger croit qu'il est juste de ne pas méconnaître les succès que donne l'abstention, et rapporte un cas qu'il a recueilli dans un journal russe. Un homme avait reçu un coup de feu à cinq travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope et la plaie, après quelques jours, donna issue à des matières intestinales; cependant le blessé guérit de lui-même. Ce sont là des faits importants, car, si l'on a soin de retirer des statistiques étrangères les cas où la laparotomie a été pratiquée sans qu'il y ait de plaie de l'intestin, on voit que l'intervention ne donne que fort peu de succès.

M. Lucas-Championnière est rarement intervenu dans des plaies analogues à celles qui sont le sujet de la discussion actuelle. Il n'admet pas que la plaie de l'intestin se voie dans toutes les plaies pénétrantes de l'abdomen et ne compte guère sur la guérison spontanée quand l'intestin est perforé et qu'il y a épanchement dans la séreuse. Il s'étonne que M. Reclus, dans le cas qu'il a rapporté, ne se soit pas contenté de faire la ligature de l'artère qui donnait, ce qui lui paraîtrait plus conforme à ses idées.

M. Trélat, revenant sur le fait qu'a cité M. Berger, ne pense pas que l'écoulement d'un liquide jaunâtre puisse faire affirmer que l'intentin est lésé, car on le voit aussi dans la blessure du gros intestin. La gravité des plaies de l'intestin est notoire.

On ne voit guère au juste ce qui se passe quand elles guérissent, mais on sait fort bien que le contenu de l'intestin est très dangereux pour le péritoine.

M. Reclus pense que l'on doit, selon les cas, se décider pour ou contre l'opération. Tantôt il n'intervient pas, car la guérison lui semble possible, tantôt au contraire il pratique la laparotomie quand il en trouve l'indication. Beaucoup de plaies de l'intestin ne guérissent pas, mais les statistiques prouvent que le traitement radical peut être défendu.

Les données fournies par les expériences pratiquées sur le cadavre peuvent être utiles et il ne lui semble pas prouvé que, comme l'a dit M. Terrier, le bouchon muqueux que l'on trouve dans la plaie soit une cause d'accidents septiques. La péritonite localisée et les adhérences empêchent l'épanchement dans bien des cas, surtout dans les petites perforations où la guérison survient.

M. Terrier ne croit pas que l'on puisse se fier au processus de guérison naturelle. Il faut pratiquer la laparotomie le plus tôt possible, c'est le meilleur moyen de pouvoir diminuer la gravité des plaies de l'intestin.

M. Desprès présente un ostéo-sarcome de la clavicule qu'il a enlevé le matin à une jeune fille de 14 ans. L'os a été scié à sa partie moyenne et les deux moitiés enlevées successivement. La veine céphalique a été liée. M. Desprès insiste sur la rareté des ostéo-sarcomes primitifs de la clavicule.

M. Segond a récemment fait l'ablation totale de la clavicule pour un cancer de l'os qu'il avait pris pour un ostéo-sarcome.

Le malade, âgé de 45 ans, mourut, sans avoir présenté de complications, le neuvième jour après l'opération. Il avait un cancer du sein gauche que l'on doit regarder comme primitif.

M. Marchand a observé un fait analogue chez un homme de 50 ans. Il s'agissait d'un cancer de la clavicule. Quelques temps après, l'opéré présenta les signes d'une tumeur de l'estomac.

M. Polaillon rappelle qu'il a communiqué à la Société une observation d'ostéo-sarcome de la clavicule. Il fit la résection, mais son malade mourut plus tard de généralisation.

M. Tachard lit une observation de tumeur congénitale de l'annulaire.

## VARIÉTÉS

### STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR.

Pendant le mois de décembre dernier, 142 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

45 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement;
77 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
20 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 136 fois ; chats, 6 fois.

*Personnes prises de la rage pendant le traitement* : Allègre, 14 ans, de Cambes. Mordu le 25 décembre 1888 par un chien, reconnu enragé par M. Uzereau, vétérinaire. Les morsures sont au nombre de 9, sur les doigts et sur le dos de la main gauche ; 3 sont très profondes. La main droite porte, en outre, 2 morsures très pénétrantes, l'une au pouce, l'autre à l'index. Ces blessures, qui ont beaucoup saigné, ont été cautérisées cinq heures après par un médecin. La cautérisation est tout à fait insuffisante, à cause du nombre et de la profondeur des plaies.

Allègre a été mis en traitement le 28 décembre. Il a été pris de malaise pendant le cours du traitement, le 10 janvier. Le 11, il a éprouvé des douleurs violentes dans le bras droit. Le 12, il a eu des vomissements et de la céphalalgie. Le soir de la même journée, l'aérophobie s'est montrée. Allègre a été transporté à l'hopital des Enfants-Malades, où il est mort le 14, après avoir présenté tous les symptômes de la rage convulsive. L'incubation de la maladie n'a été que de 16 jours.

Des lapins inoculés avec le bulbe du chien mordeur, par M. Uzereau, vétérinaire, ont succombé à la rage.

Rose Mayland, âgée de 3 ans, à Belbeuf. Mordue le 13 décembre : 1° à la joue droite, qui porte une blessure au-dessous de l'œil et deux blessures près de la narine ; ces blessures pénétrantes ont donné beaucoup de sang ; 2° à l'oreille droite : le lobule de l'oreille est traversé, une autre blessure siège sur la joue au-dessous du lobule ; 3° à l'avant bras droit, sur lequel on compte trois morsures fortes ayant saigné. Les habits ont été déchirés par les dents. Le chien mordeur avait été lui-même mordu par un autre chien reconnu enragé. Cinq autres personnes ont été mordues par le chien qui a attaqué Mayland. L'autopsie de l'animal a été faite par M. Philippe, vétérinaire à Rouen, qui certifie la rage. Mayland a été traitée du 15 décembre 1888 au 5 janvier 1889. Ce jour même, elle est devenue malade. Le 6 janvier, sa maladie s'est caractérisée, et elle a succombé à la rage convulsive le 9 janvier. L'incubation de la maladie a été de 22 jours.

## FORMULAIRE

### POMMADE CONTRE LE PITYRIASIS VERSICOLOR. — E. Besnier.

| | | |
|---|---|---|
| Acide salicylique | 3 | grammes. |
| Soufre précipité | 10 | — |
| Lanoline } | ãã 50 | — |
| Vaseline } | | |

Mêlez, pour une pommade avec laquelle on frictionne, chaque soir, le cuir chevelu atteint de pityriasis versicolor. Le matin, lavage à l'eau de savon. — Au bout de 8 jours de traitement, le microscope ne décèle plus que de rares parasites, et la guérison peut-être considérée comme certaine. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

STATISTIQUE SANITAIRE A ROME. — Le Bulletin de la Commission spéciale d'hygiène donne des renseignements importants sur le service à Rome et dans les campagnes avoisinantes pendant l'année 1888.

Dans le cours de cette année, l'assistance à domicile a été donnée à 16,733 personnes en ville et 12,067 dans la campagne. C'est, par rapport à 1887, une augmentation de 6,503 pour la ville et de 2,607 pour la campagne.

Les maladies fébriles ont été beaucoup plus fréquentes chez les indigents soignés à domicile : 3,070 en 1888, contre 1,962 en 1887, à Rome seulement. Même augmentation à la campagne.

Même augmentation des maladies de l'appareil digestif et des anémies cachectiques. En 1887, les secours en aliments, literie, linge, allocations pour allaitement, avaient été donnés à 1,399 personnes. En 1888 il a fallu venir en aide à 2,678 personnes.

Ces chiffres se passent malheureusement de commentaires. (*Bull. méd.*)

## COURRIER

A la suite d'un brillant concours, M. le docteur Boiffin a été nommé suppléant des chaires de chirurgie et d'accouchement près l'École de médecine de Nantes.

Mort du docteur Jules Honorat. — Le docteur Jules Honorat, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est mort le 1er février, à Vienne (Isère).

Nommé interne au concours de 1883, il devint préparateur du cours d'histologie à la Faculté de médecine. Là. il fit sous la direction de son maître, M. le professeur Renaut, une thèse d'une grande valeur, intitulée : *Processus histologique de l'œdème pulmonaire d'origine cardiaque.*

Docteur en 1887, il fut la même année nommé au concours médecin des hospices de Vienne, en même temps que le docteur Figuet Il vint alors se fixer dans sa ville natale.

Il y exerçait depuis deux ans à peine lorsqu'il a succombé à des accidents infectieux, à la suite d'une piqûre qu'il s'était faite au pouce avec un bistouri dont il venait de se servir pour opérer un enfant atteint de croup.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chardon (de Bonneuil-Matours) ; Dhamelincourt (de Boyelles) ; Lober (de Lille) ; Prunières (de Marvejols).

**Postes médicaux.** — Un de nos confrères, âgé de 41 ans, ayant exercé avec succès en province et très honorablement connu par ses travaux sur diverses branches de la chirurgie, désire trouver à Paris, dans les environs de Paris ou dans la zone du Nord (Aisne, Pas-de-Calais, Somme) une clientèle sérieuse, un poste de directeur d'un établissement orthopédique, etc.

Il céderait volontiers le poste médical qu'il occupe actuellement à un jeune docteur, qu'il guiderait pendant le temps nécessaire à son installation.

S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



**Hôpital Cochin. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz.**

## De l'isolement.

Messieurs,

L'isolement est un des principaux modes de l'hygiène prophylactique pour s'opposer à la propagation des maladies infectieuses. Nous laisserons aujourd'hui de côté ce qui a trait à la législation, mais je puis cependant vous dire de suite que si, dans notre pays, nous avons appliqué, aux animaux atteints d'affections épizootiques, des lois et des mesures extrêmement sévères, nous sommes presque désarmés vis-à-vis de l'homme. On a le droit d'arrêter sur la voie publique un homme dangereux pour ses semblables, mais on ne peut empêcher un individu atteint de variole de se promener dans la rue.

L'isolement doit être examiné à trois points de vue spéciaux : ou bien il porte sur l'individu seul, placé dans sa famille, ou bien il comporte un isolement collectif réunissant, dans un même endroit, les malades porteurs de la même affection, ou bien encore il s'adresse à une collection d'individus que l'on sépare ainsi des populations qui les avoisinent.

Mais, d'abord, pour quelle maladie doit-on pratiquer l'isolement?

En théorie, la réponse est facile, pour toute maladie contagieuse. Mais en pratique, la contagion peut avoir des degrés plus ou moins grands et ce sont ces degrés qui ont permis d'établir des divisions.

La diphthérie se place en tête des maladies éminemment contagieuses, car c'est une affection des plus graves et des plus meurtrières; puis arrivent les fièvres éruptives, surtout la variole.

Pour la rougeole, elle entraîne des complications redoutables chez les enfants débiles ou disposés à la tuberculose; il y a donc intérêt à séparer les rubéoliques dans les hôpitaux d'enfants, mais cette séparation est beaucoup moins urgente quand les enfants sont bien constitués et sans tare héréditaire.

Chez les enfants, la scarlatine est contagieuse, elle l'est beaucoup moins chez l'adulte, du moins dans notre pays et je n'ai jamais vu un cas de scarlatine se propager dans nos salles.

La coqueluche est très contagieuse, mais ne prend de gravité que chez les enfants débiles et délicats.

Depuis que l'on connaît bien la nature parasitaire de la fièvre typhoïde et de la tuberculose, il n'est pas douteux qu'il y ait un intérêt à isoler ces affections.

Dans les familles, l'isolement des typhiques est facile. En est-il de même dans nos hôpitaux? Il est, du reste, extrêmement rare de voir se développer des cas intérieurs et je ne pense pas que l'isolement hospitalier soit d'une absolue nécessité. Il en est de même pour la tuberculose.

Il est certainement utile de séparer un mari ou une femme indemne d'un conjoint tuberculeux, mais la création d'hôpitaux de tuberculeux est loin d'être indispensable, car, si la contagion de la tuberculose existe, elle nécessite, pour se produire, de telles conditions qu'elle s'accomplit assez difficilement.

A ces maladies, il faut joindre les maladies importées, telles que le choléra, la suette miliaire, la fièvre jaune, la peste, maladies essentiellement contagieuses.

La chirurgie exige un isolement pour les affections septiques et éminemmement inoculables, il en est de même pour l'obstétrique, où, grâce aux méthodes antiseptiques et à l'isolement rigoureux des affections puerpérales, on a réduit à néant la mortalité.

L'isolement individuel se pratique facilement dans la famille. On place le malade dans une chambre vaste et aérée, on éloigne de lui toutes les personnes qui peuvent contracter la maladie dont il est atteint et on ne laisse à ses côtés que les personnes strictement nécessaires.

La tuberculose nécessite un isolement que l'on peut appeler relatif. Quand, dans un ménage, un des conjoints est tuberculeux, il est dangereux qu'ils occupent le même lit ou la même chambre. Le même isolement s'impose pour les enfants issus de tuberculeux.

Pour étudier l'isolement collectif, nous suivrons la marche qu'ont adoptée Fauvel et Vallin et examinerons les trois points suivants :

1° L'isolement collectif augmente-t-il la mortalité pour les malades isolés?

2° Cet isolement crée-t-il des foyers d'infection?

3° Comment doit-on pratiquer cet isolement collectif?

Tout le monde reconnaît que l'accumulation, sur un même point, d'individus atteints de la même affection contagieuse augmente la mortalité de ces individus. L'Angleterre, qui a fait beaucoup pour l'isolement de la variole et du typhus, fournit, à cet égard, des chiffres démonstratifs.

Maintenant, les hôpitaux d'isolement pour les maladies contagieuses créent-ils des foyers d'infection au voisinage?

A Paris, quand on a fait des pavillons d'isolement pour la variole dans les hôpitaux généraux, dans le périmètre entourant ces pavillons un plus ou moins grand nombre de cas de variole se sont produits.

Delpech, Créquy et moi nous sommes occupés de cette question, mais c'est en Angleterre que l'on trouve les chiffres les plus démonstratifs. Une Commission royale a été nommée pour examiner si les *Asylum's Hospital*, les *Small pox Hospital* créaient des foyers d'infection de variole. La Commission admit qu'il y avait une augmentation réelle de la variole dans le voisinage de ces hôpitaux, mais que la communication directe et par les personnes paraît avoir joué dans cette propagation un rôle plus important que l'air lui-même.

Les chiffres de Fower recueillis par Chautemps dans son rapport au Conseil municipal montrent que, pour la variole, les hôpitaux d'isolement créent des foyers d'infection et peuvent propager la maladie d'autant plus activement que les maisons sont plus rapprochées de l'hôpital.

**Maintenant, comment se fait la propagation? Par l'air ou par les per-**

sonnes. Aujourd'hui, la question peut être regardée comme jugée et, à 100 mètres de distance des salles, l'air cesse de contenir des particules desséchées.

Le cabaret, dans la propagation de la variole, joue un rôle plus considérable que l'influence atmosphérique. Pour l'hôpital d'Aubervilliers, c'est en particulier un débit de vin surnommé le *Château des Alouettes*, situé à la porte de l'hôpital, où les personnes accompagnant le varioleux venaient trinquer à sa santé, qui a été le plus actif propagateur de la variole au voisinage de cet hôpital. Quelques infirmiers, qui s'échappaient parfois au dehors sans changer de costume, ont aussi été une cause de propagation de la maladie.

Ainsi, je formulerai ma conclusion de la manière suivante : La rigueur de l'isolement dans les hôpitaux spéciaux pour les infectieux est le plus sûr moyen d'empêcher que ces hôpitaux ne deviennent des foyers d'infection.

Comment procéder à l'isolement collectif? Faut-il créer dans nos hôpitaux généraux des pavillons spéciaux? Faut-il, au contraire, constituer des hôpitaux pour chaque maladie infectieuse? Enfin, où peut-on placer ces hôpitaux d'isolement?

Fauvel et Vallin ont répondu à ces questions en 1878. L'isolement le meilleur, mais le plus difficile et le plus coûteux, est celui, qui affecte à chaque maladie un seul hôpital ou un pavillon séparé; un pavillon distinct, dans un hôpital général, offre encore une sécurité suffisante. Les services spéciaux, sans communication avec le reste du bâtiment au milieu duquel ils sont placés, sont une ressource précaire, fertile en déceptions. Quant à l'isolement dans des salles réservées, il vaut mieux que la promiscuité, mais est, en général, illusoire et donne une sécurité trompeuse.

Il faut donc, autant que possible, créer des hôpitaux spéciaux pour les principales maladies infectieuses.

Mais cette création soulève immédiatement des questions très embarrassantes. Il faut placer ces hôpitaux dans de vastes espaces éloignés des habitations et, autour de Paris, les communes suburbaines s'y opposent.

De plus, une fois les hôpitaux construits, il faut y transporter le malade et empêcher que, pendant le transport, il ne devienne un agent actif de la propagation de la maladie infectieuse dont il est atteint. Pour cela, on a créé des services de transport pour les malades dans des voitures spéciales destinées exclusivement à cet usage. Ces voitures doivent être désinfectées après chaque voyage et elles sont à l'entière disposition de toute personne atteinte d'affection contagieuse dont le transfert est jugé nécessaire.

A Paris, il existe depuis 1881 un service de ce genre. Dans le deuxième semestre de 1887, il a transporté 1,160 malades, qui sont loin malheureusement de représenter tous les cas d'affections contagieuses, qui ont été amenés dans les hôpitaux, puisque ces derniers ont reçu dans le même laps de temps 1,701 malades atteints de variole, de diphthérie, de rougeole ou de scarlatine qui se sont servis d'autres moyens de transport.

C'est là une circonstance des plus fâcheuses, et des faits terribles ont démontré combien, pour la diphthérie par exemple, le transport d'un enfant malade peut avoir de conséquences graves pour les autres enfants qui sont avec lui dans les voitures publiques, comme les omnibus, par exemple, ou qui viennent à occuper la même voiture sans que celle-ci ait subi de désinfection.

Des hôpitaux à pavillons isolés peuvent suffire pour la fièvre typhoïde et la tuberculose.

Ce que j'ai vu de plus complet est l'hôpital-baraques Alexandre (de Saint-Pétersbourg). Chacun de ses pavillons ne renferme que 12 malades, et chacun d'eux est destiné à recevoir une maladie infectieuse spéciale.

La réception des malades se fait ainsi : si l'affection dont le malade est porteur est reconnue au moment où il se présente à l'hôpital, il est transporté directement dans le pavillon affecté à la maladie dont il est porteur. Lorsque le diagnostic est douteux, on l'envoie dans un pavillon dit d'attente, et il y reste jusqu'à ce que les symptômes qu'il présente soient assez accusés pour que le diagnostic de sa maladie devienne définitif, et de cette salle d'attente il est alors transporté dans la baraque qui lui est destinée.

Dès qu'il est admis, et avant de franchir l'enceinte de l'hôpital, le malade prend un bain, et tandis que tous ses vêtements sont envoyés à la désinfection, il reçoit les objets d'habillement de l'hôpital.

L'absence de corridors réunissant ces pavillons, si elle rend le service proprement dit de l'hôpital pénible pour les médecins, est très favorable à l'isolement relatif de ces maladies infectieuses. Je crois donc que c'est le type de pavillons isolés qu'il nous faudra désormais adopter pour la construction de nos futurs hôpitaux, tout en reconnaissant que l'on pourrait porter à 20 le chiffre des lits de chaque pavillon.

On pourrait encore modifier heureusement ces pavillons en y ajoutant une chambre où les malades valides prendraient leurs repas et qui servirait en même temps de lieu de récréation et de bibliothèque.

Enfin, il est un mode d'isolement pour les hôpitaux, peu employé à Paris, mais dont nos voisins d'outre-Manche font grand usage, je veux parler des hôpitaux flottants. Il y en a deux sur la Tamise, à Londres, le *Castalia* et l'*Atlas*. Il faut y joindre celui du port de Tène. Tous résultent de l'aménagement d'anciens navires déclassés et sur lesquels on a élevé, comme à Tène, des constructions spéciales.

Il nous faut maintenant jeter un coup d'œil sur cette grave question des quarantaines et des cordons sanitaires.

Les maladies pestilentielles, nées sur des territoires plus ou moins éloignés de notre pays, ne peuvent l'atteindre que lorsqu'elles y sont importées. On s'est donc efforcé d'édicter des mesures sanitaires pour combattre cette importation.

C'est Venise qui, en 1348, créa le premier service de police sanitaire, et, dès 1403, elle avait un lazaret. Mais ce fut surtout à partir du choléra de 1830 que les conférences internationales se multiplièrent. Les plus remarquables sont celles de 1852, 1859, 1865 et 1885.

Il me faut maintenant vous dire quelques mots des cordons sanitaires, des lazarets, des quarantaines, de la patente de santé et de l'assainissement.

On donne le nom de cordons sanitaires à des lignes composées de soldats qui s'opposent, soit à la sortie des habitants d'une ville contaminée, soit à l'entrée d'un territoire sain. De pareilles mesures ne peuvent être prises que dans des pays peu peuplés et à relations commerciales peu étendues ; c'est donc surtout en Orient et en Russie qu'on s'est servi des cordons sanitaires. Mais à mesure que les voies ferrées pénètrent dans tous les pays, que le commerce se développe, ils doivent être abandonnés. Enfin les troupes du cordon peuvent être atteintes elles-mêmes par l'épidémie et

être, à leur tour, la cause de la maladie infectieuse qu'elles sont appelées à combattre.

Les lazarets et les quarantaines concernent les ports et les villes maritimes. Les lois et règlements veulent que tout navire provenant d'une région ou existe une maladie pestilentielle (choléra ou fièvre jaune) ne puisse pénétrer dans nos ports, sans subir un temps d'arrêt qui permettra, soit de le désinfecter, soit de constater l'état sanitaire des passagers, pour que toute maladie infectieuse en voie d'incubation ait le temps de se développer.

C'est ce temps d'arrêt plus ou moins prolongé auquel on donne le nom de quarantaine, quelle que soit sa durée, ne fut-elle que de vingt-quatre heures; il permet aussi de désinfecter les marchandises et tout ce qui a été en contact avec ce navire, si surtout, pendant sa traversée, des passagers sont morts d'une maladie infectieuse.

On distingue deux espèces de quarantaines : celle d'observation et celle de rigueur. Cette dernière comporte la désinfection du navire, et comme, pour l'opérer, il faut qu'il soit abandonné des passagers, on transporte ces derniers dans des locaux spéciaux, véritables hôpitaux d'isolement, auxquels on a donné le nom de lazarets. Le plus souvent ces lazarets occupent une île, ou bien encore ils sont constitués par des pontons formant ainsi des lazarets flottants. Leur organisation laisse beaucoup à désirer, et cela dans tous les pays. Ces mesures de quarantaines sont vexatoires et très préjudiciables au commerce maritime. Elles jettent dans nos relations commerciales une perturbation profonde, et l'on comprend facilement que l'on se soit efforcé de s'affranchir, autant que possible, de ces lois et de ces règlements encore en vigueur aujourd'hui.

Tout navire provenant d'un pays où règne endémiquement une maladie pestilentielle, ne peut pénétrer dans nos ports qu'avec une patente de santé; cette patente de santé, comme l'a dit Proust, est le passeport du navire et constate son état sanitaire depuis le point de départ jusqu'au point de relâche. Il faut distinguer la patente de santé de la déclaration faite par le capitaine sur tous les incidents du voyage pouvant intéresser la santé publique.

On s'est efforcé de trouver des moyens de faire disparaître les quarantaines et on les a étudiés à la conférence internationale qui s'est tenue à Rome en 1885. Le professeur Proust a proposé des mesures d'assainissement et de préservation à prendre pendant la traversée, et le Comité consultatif d'hygiène a adopté, le 11 mai 1886, un projet de règlement.

Dans ce projet, le rôle du médecin du bord serait très important et il lui incomberait une haute responsabilité. C'est lui qui déciderait à quel moment et comment doivent être appliquées ces mesures rigoureuses de désinfection. Aussi le gouvernement proposait-il de nommer directement ces médecins sous sa propre responsabilité.

Au Congrès d'hygiène, tenu au Havre en 1887, ce projet a rencontré une opposition très vive chez les armateurs et les grandes Compagnies de navigation, qui ont vu, dans cette nomination directe d'un médecin par l'Etat, une atteinte portée à leur attribution et à l'unité du commandement.

Mais il est à penser que l'accord se fera sur ce point, et je sais que la plupart des hygiénistes adopteront les conclusions de Proust, qui espère

que les entraves au commerce pourront disparaître, quand l'on voudra bien exécuter sur les bâtiments les prescriptions sanitaires rationnelles.

## BIBLIOTHÈQUE

Guide pratique de petite chirurgie, par Michel Gangolphe. — Paris, O. Doin, 1889.

Ce livre est écrit de façon à être compris par tous et à pouvoir servir, à l'occasion, de manuel pour une école d'infirmiers; le besoin d'avoir des aides instruits se fait, en effet, aussi bien sentir à Lyon qu'à Paris, et M. Tripier, dans une lettre qu'il a placée en tête du volume, en réclame avec énergie.

Dans une première partie, M. Gangolphe étudie les microbes et les moyens de les détruire. Il passe en revue les moyens d'obtenir l'asepsie de la salle d'opération, des instruments et objets de pansement, du chirurgien et des aides, et enfin du malade; une conférence est consacrée à l'étude des principaux antiseptiques, de leur mode d'emploi, des accidents auxquels ils peuvent donner lieu.

Le traitement immédiat des principaux accidents qui peuvent se présenter dans un service hospitalier forme la seconde partie : citons les leçons consacrées à la syncope, aux hémorrhagies, aux fractures, aux plaies par armes à feu, aux brûlures et gelures.

Enfin, le livre se termine par l'exposé des différents points de la petite chirurgie: anesthésie locale et générale, saignée, sangsues, etc.

Sans se perdre dans des détails inutiles ou insister sur des procédés surannés, M. Gangolphe a su être complet et écrire un petit livre fort utile. — P. C.

## REVUE DES JOURNAUX

**Etude clinique sur les hémorrhagies rétiniennes d'origine paludéenne**, par Lopez y Veitia. (Thèse de la Havane, *Recueil d'ophthalmologie*, 1888, 12.) — 1° La malaria est une des causes des hémorrhagies de la rétine;

2° La cause immédiate de ces hémorrhagies doit être rattachée à des altérations des vaisseaux et du sang, ainsi qu'à une augmentation de la tension sanguine;

3° Elles ne sont pas accompagnées d'inflammation du côté de la rétine. Au début, elles affectent la forme radiée et sont disposées en flammèches le long des vaisseaux. Ordinairement ces hémorrhagies augmentent d'étendue sous l'action d'un nouvel accès fébrile; elles deviennent alors arrondies et prennent une coloration rouge plus foncée. Quand elles sont nombreuses, elles forment une sorte de couronne autour de la papille;

4° Les symptômes fonctionnels consistent en scotomes positifs, accompagnés quelquefois de flocons dans le corps vitré;

5° Elles peuvent être différenciées, par leur aspect, des autres espèces d'hémorrhagie rétinienne;

6° Les troubles visuels qui en résultent demeurent stationnaires;

7° Aucun traitement ne peut les modifier. — P. N.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 février 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un décret autorisant l'acceptation par l'Académie du legs de A. Buisson.

2° Une lettre de candidature de M. le docteur Poncet (de Cluny), au titre de correspondant national.

3° Un pli cacheté de M. Crouzat, intitulé : *Sur une sonde dilatatrice à double courant, pour injections intra-utérines.*

4° Une note de MM. Veill et Cliquet, médecins militaires, sur une épidémie de fièvre typhoïde dans la garnison de Reims.

5° Le compte rendu des vaccinations et revaccinations exécutées en 1888 au 5e chasseur d'Afrique et au train des équipages militaires.

6° Une lettre de M. Lionel Radiguet sur l'influence et le rôle de la médecine occidentale en Orient et l'importance pour ces races latines de conserver leur prépondérance sous ce rapport.

7° Un mémoire pour le concours du prix Portal 1889, avec la devise : *Felix qui potuit rerum cognoscere causas.*

— M. PÉAN, en son nom et au nom de MM. Gélineau et Ballet, communique une observation d'épilepsie partielle produite par une tumeur cérébrale. Les crises étaient localisées à droite, prédominant au membre inférieur, et dans leur intervalle ce membre était parésié. La trépanation permit l'enlèvement d'un fibro-lipome de la pie-mère, et après quelques accidents convulsifs qui survinrent les premiers jours, le malade vit ses crises disparaître et peut être actuellement considéré comme guéri.

— M. TRASBOT reconnaît trois points distincts dans la discussion sur le tétanos : la nature infectieuse de la maladie, son origine et, enfin, le mécanisme de la pénétration de l'agent infectieux. Il ne faut pas confondre le tétanos avec les accidents que l'on observe chez les animaux surmenés, car le *mal de cerf* résulte d'une intoxication et peut être souvent guéri par la saignée. Le tétanos est certainement inoculable, mais l'origine équine est douteuse.

M. VERNEUIL demande qu'on attende qu'il ait apporté ses observations.

M. TRASBOT regarde comme une grosse exagération de croire que la maladie soit le plus souvent inoculée par les instruments d'un opérateur ou le matériel des pansements. Il a vu du tétanos chez des animaux qu'il avait chatrés par le procédé du fouet dans lequel on se contente de lier les testicules et leurs enveloppes.

Il cite ensuite cinq cas de tétanos qui semblent contredire la théorie. Dans plusieurs de ces faits, il a inoculé des animaux avec les tissus pris autour de la blessure, et n'a pas communiqué la maladie. L'agent infectieux doit pouvoir s'introduire non seulement par les plaies, mais encore par le tube digestif.

M. VERNEUIL lit cinq observations de transmission inter-humaine du tétanos, et les discute de manière à montrer leur grande valeur. Il croit la contagion rare chez l'adulte, mais fréquente chez le nouveau-né.

M. Guérin a fait quelques objections. « Les expériences, dit-il, prouvent qu'il y a un virus, mais on n'est pas parvenu à dire précisement en quoi il consiste. » Assurément; toutefois, il faut reconnaître que le bacille en baguette de tambour décrit par MM. Nicolaier et Rosenbach a été retrouvé par plusieurs observateurs et que sa spécificité tend à être universellement admise.

M. GUÉRIN regrette qu'on néglige la grosse anatomie pathologique. Il a observé plusieurs fois une myélite aiguë dans le tétanos, laquelle serait de nature infectieuse et causée vraisemblablement par un agent chimique analogue peut-être au curare ou à la toxine de Brieger, plutôt que par un micro-organisme.

M. VERNEUIL répond que cette myélite est très inconstante, rare, et que, fût-elle constante, elle n'éclairerait pas plus sur la pathogénie, l'étiologie, la transmission et la nature du tétanos, que les lésions de l'intestin ne nous éclairent sur la nature du choléra ou de la fièvre typhoïde.

Relativement à la nature microbienne du tétanos, il faut avouer que l'on ne sait pas si les phénomènes généraux sont dus à des microbes ou à leurs produits, et que la seconde hypothèse gagne beaucoup de terrain; mais alors même qu'il en serait ainsi,

l'origine microbienne n'en serait nullement ébranlée, puisque dans les maladies virulentes, on s'accorde à penser que des ptomaïnes sont produites par les microbes, comme cela vient d'être démontré récemment pour le tétanos.

Au surplus, si pour certains auteurs le tétanos n'a pas un microbe qui lui soit propre, d'autres auteurs, comme Rietsch, affirment l'existence dans les foyers traumatiques, qui fournissent les matières inoculables, d'un bacille facilement reconnaissable et qui jouit de la propriété de rendre tétaniques les animaux auxquels il est inoculé.

Si le tétanos était dû à des microbes, dit M. Guérin, on pourrait y soustraire les blessés par le pansement ouaté ou le pansement de Lister, ce qui n'est pas. Mais ni le pansement ouaté, ni le pansement phéniqué ne mettent à l'abri de l'érysipèle dont la nature microbienne est démontrée.

Du reste, les blessés pansés ainsi présentent rarement le tétanos, qui est devenu ainsi beaucoup plus rare.

La contagion indirecte est bien établie et la contagion directe l'est peut-être, depuis les observations de MM. Prévot et Cabodé.

M. Verneuil répondra mardi prochain à M. Leblanc et est heureux d'être en accord parfait avec M. Nocard relativement à l'action du froid.

— M. Guyon lit une note sur deux cas de néphrorrhaphie pour ectopie douloureuse intolérable. Les résultats ont été très bons, car le rein est fixé et les douleurs ont disparu. Il n'est pas besoin d'aviver l'organe pour assurer la fixation; il suffit de bien mettre à nu la surface et de le suspendre à la dernière côte en employant des fils résorbables, les autres sutures doivent être réparties sur les deux lèvres profondes de la plaie.

— M. Rochard croit que, dans la dernière séance, M. Lagneau a assombri la situation de nos colonies. En comptant tous les décès, M. Rochard arrive à une mortalité de 44 p. 1,000, ce qui est malheureusement déjà un chiffre environ quatre fois plus élevé que celui de l'armée de terre.

M. Lagneau pense que l'on devrait insister auprès du département de la marine pour que des statistiques soient publiées.

---

# FORMULAIRE

### Poudre contre la fièvre des foins. — Philpots.

| | |
|---|---|
| Acide borique | 2 grammes. |
| Salicylate de soude | 2 gr. 50 centigr. |
| Chlorhydrate de cocaïne | 0 gr. 12 — |

Mêlez. — On insuffle cette poudre dans les fosses nasales des personnes atteintes de rhino-bronchite spasmodique. — Contre les manifestations oculaires, collyres astringents au sulfate de cuivre ou de zinc. — Respirer 10 gouttes d'iodure d'éthyle sur un mouchoir, ou bien 3 à 6 gouttes de nitrite d'amyle dès le début de la crise. — Faire quitter au malade l'endroit où la crise s'est déclarée. — N. G.

---

# NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Honoraires des médecins dans le grand-duché de Luxembourg. — Avant ces derniers temps, les médecins, chirurgiens du Duché avaient un tarif d'honoraires qui prévoyait trois catégories de clients et les taxait en raison de la fortune présumée d'après la classe. Voici un exemple des taxes de ce tarif :

Une visite ordinaire, dans la ville de Luxembourg, chez un habitant de 1re cl. 1 fl. 50 cents (3 fr. 16); de 2e cl. 1 fl. (2,11) et de 3e cl., 75 cents (1,60). Dans le plat-pays, chez

un habitant de 1[re] cl. 1 fl. (2,11) ; de 2[e] cl., 75 cents (1,50); de 3[e] cl., 1/2 fl. (1,05). En énéral la 1[re] cl. payait le double de la troisième.

Aujourd'hui les habitants ne sont plus officiellement classés, mais les médecins établissent pour leur gouverne des catégories de clients.

Ils ont publié, à cette occasion, une circulaire où on lit : « Que si l'humanité exige, d'un côté, que tout médecin ou chirurgien donne gratis les soins qui lui sont réclamés par les pauvres, la justice et l'équité demandent, de l'autre, que l'homme aisé paye une rétribution proportionnée à sa fortune, aux soins quelquefois minutieux que les médecins et chirurgiens sont obligés de lui donner, et aux dangers qu'ils auront couru dans l'exercice de leurs fonctions. » (*Bull. méd.*)

**Prix d'électro-physiologie.** — La Société royale des sciences médicales et naturelles vient de recevoir une somme de 1,500 fr. destinée à récompenser les lauréats des trois concours suivants, relatifs à l'électro-physiologie :

1° Rechercher la valeur, en unités électriques, des courants normaux qui existent dans les tissus vivants, tels que les nerfs, les muscles et les glandes.

2° Rechercher quelle est la conductibilité des liquides organiques (lymphe, plasma, sérum) pour des courants électriques de faible tension et, s'il est possible, rechercher aussi quelle est la conductibilité des tissus.

3° Résumer les travaux faits jusqu'ici sur l'endosmose électrique et rechercher les applications possibles de la théorie de l'endosmose électrique aux phénomènes d'asorption et de sécrétion dans l'organe vivant.

La fermeture de ces trois concours est fixée au 1[er] janvier 1890, et le prix à décerner pour chacun d'eux est de 500 fr.

Les mémoires doivent ére adressés à M. Stiénon, secrétaire de la Société royale des sciences médicales et naturelles, rue des Hornes, 3, à Bruxelles, accompagnés d'un pli cacheté contenant les nom, qualités et domicile de l'auteur, et reproduisant la devise inscrite sur son mémoire.

**Le luxe et les constructions hospitalières.** — Ce n'est pas seulement en France, paraît-il, que les architectes et les administrations publiques veulent faire beau, artistique et coûteux, en matière de constructions hospitalières, quitte à ne rien faire du tout, faute de pouvoir donner suite à leurs grandioses desseins.

Dans une lettre que nous communique un correspondant italien, et qui a été adressée à un grand journal de Rome par le professeur Baccelli, ce dernier révèle des choses fort instructives à ce point de vue.

La construction d'un hôpital modèle à Rome, est, paraît-il, de toute nécessité, et cette question est depuis longtemps à l'état de projet.

D'après les plans dressés, cet hôpital, ou policlinique, doit comprendre trois ordres de construction, destinées les unes aux cliniques générales et spéciales, les autres à des pavillons d'isolement, les troisièmes enfin à l'administration.

Mais le ministère des travaux publics d'Italie compte, paraît-il, faire des bâtiments de l'administration de l'hôpital, un véritable « palais » (de mot est au long dans le projet), et, pour ce : 1,700,000 francs seraient pris sur les 3,551,900 francs que doit représenter la dépense totale !

On comprend qu'une pareille folie, qu'une prodigalité de cette envergure aient révolté le professeur Baccelli, et qu'il ait publiquement et courageusement manifesté son indignation. « Le cœur me saigne, dit-il dans la lettre qu'on nous communique, en voyant que l'on parle de prélever 1,700,000 francs pour un palais absolument inutile, alors que la misère croissante, les maladies de plus en plus nombreuses dans la classe pauvre, demandent d'urgence l'édification de cet hôpital et l'affectation exclusive de la somme que l'on pourra dépenser aux constructions de nécessité. » (*Bull. méd.*)

## COURRIER

Concours pour l'admission a quatre emplois de médecin adjoint du dispensaire de salubrité. — Le Préfet de police, vu les articles 1, 2, 3 et 4 de l'arrêté du 1er mars 1888; vu la vacance de quatre emplois de médecin adjoint du dispensaire de salubrité ; sur la proposition du secrétaire général, arrête :

Article premier. — Un concours est ouvert pour quatre emplois de médecin-adjoint du dispensaire de salubrité.

Art. 2. — Il s'ouvrira à la Préfecture de police (salle du Conseil d'hygiène), le lundi, 25 février, à midi, et se continuera les jours suivants, soit à la Préfecture de police, soit à la Maison de correction de Saint-Lazare.

Art. 3. — Il sera procédé à ce concours conformément à l'arrêté du 1er mars 1888. Les conditions du concours seront portées à la connaissance du public sous forme d'avis et par voie d'affiches.

Art. 4. — Le secrétaire général est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Paris, le 12 février 1889.

*Le Préfet de police,*

Signé : H. Lozé.

*Conditions du concours.* — MM. les docteurs qui désireront prendre part au concours se feront inscrire à la Préfecture de police (cabinet du secrétaire général), de dix heures à midi, et y déposeront leurs pièces et titres.

Le registre d'inscription sera ouvert le jeudi, 14 février, et clos le jeudi 21, à midi.

Les candidats admis à concourir recevront, le 24 février, avis de la décision les concernant.

Tout candidat devra justifier de la qualité de Français et de moins de 35 ans d'âge, et du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Il devra joindre à sa demande l'extrait de son acte de naissance, ses diplômes, l'indication de ses titres scientifiques et hospitaliers et tous autres documents qu'il jugerait utile de présenter.

Le concours consistera en : 1° Une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers.

2° Une épreuve écrite, de deux heures, sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie.

3° Deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Pour chacune des épreuves de diagnostic, le maximum sera de 30 points. Il sera de 20 points pour les autres épreuves.

— Un concours pour dix places d'agrégés (section de chirurgie et accouchements) s'ouvrira à Paris, le 1er mars 1889.

Ces agrégés seront répartis de la manière suivante entre les différentes Facultés ci-après désignées :

Pathologie externe : Paris, 3; Bordeaux, 1 ; Lille, 1 ; Lyon, 1 ; Montpellier, 1. — Accouchements : Paris, 1 ; Bordeaux, 1 ; Lille, 1.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

Juges titulaires : MM. Verneuil (président), Trélat, Le Fort, Duplay, Tarnier, Ollier (de Lyon), Lannelongue (de Bordeaux), Dubrueil (de Montpellier), Gaulard (de Lille).

Juges suppléants : MM. Reclus, Panas, Budin, Pinard.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le lundi 18 mars 1889. — Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

**Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. (Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices.)**

Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part.

*Conditions d'admission.* — 1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1889 (quatorzième inscription).

2° Les élèves pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers devront obtenir préalablement l'autorisation du doyen. A cet effet, ils déposeront leur demande au secrétariat de la Faculté où il leur sera donné connaissance des conditions spéciales qu'ils auront à remplir. Sont dispensés de ces formalités les élèves ayant seize inscriptions, les docteurs français et étrangers qui ont déjà obtenu du doyen l'autorisation de prendre part aux travaux pratiques pendant l'année scolaire 1887-1888. Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs).

3° Les élèves obligés devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, du 26 février au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis.

4° Les docteurs et les élèves non obligés se feront incrire dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

Hôpitaux de Paris. — Un concours public, pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central, sera ouvert le lundi 25 mars 1889, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 25 février 1889, à midi, sera clos le lundi 11 mars, à trois heures.

Un concours spécial, pour la nomination à une place d'accoucheur du bureau central, sera ouvert le lundi 6 mai 1889, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria. — Le registre d'inscription, ouvert le lundi 1er avril 1889, à midi, sera clos le mercredi 17 avril, à trois heures.

— Par arrêté ministériel, en date du 24 janvier 1889, le service de santé des établissements pénitentiaires de la Seine est réparti comme suit :

*Conciergerie :* 1 médecin (service commun avec celui du Dépôt) ; — *Dépôt* : 1 médecin (service commun avec celui de la Conciergerie) ; — *Mazas* : 1 médecin ; — *Santé* : 2 médecins, 2 internes en médecine, 1 infirmier pharmacien, 1 interne pharmacien ; — *Sainte-Pélagie* : 1 médecin ; — *Petite-Roquette* : 1 médecin (service commun avec celui de la Grande-Roquette) ; — *Grande-Roquette* : 1 médecin (service commun avec celui de la Petite-Roquette) ; — *Saint-Lazare* : infirmerie spéciale : 5 médecins ou chirurgiens ; 2 médecins ou chirurgiens suppléants ; infirmerie normale : 1 médecin, 3 internes en médecine, 2 pharmaciens infirmiers, 1 interne pharmacien ; — *Nanterre* : 1 médecin.

Facultés de médecine. — MM. Gayet et Poncet sont désignés par la Faculté de médecine de Bordeaux, et MM. Bertin et Lannegrace, par la Faculté de médecine de Montpellier, comme délégués au Conseil général des Facultés.

— Il est créé un laboratoire de psychologie physiologique à l'Ecole des hautes-études (section des sciences naturelles). M. le docteur Beaunis est nommé directeur dudit laboratoire.

— La Faculté de médecine de Montpellier prépare la célébration de son centenaire. Le conseil municipal de la ville a déjà voté une somme de 10,000 francs.

— M. le docteur Dron est nommé médecin-adjoint du lycée de Tourcoing (emploi nouveau).

— Par arrêté ministériel, en date du 29 janvier 1889, la chaire de chimie organique de la Faculté de médecine de Lille est déclarée vacante.

Faux auristes. — Le Parquet de la Seine exerce en ce moment des poursuites contre un certain nombre de charlatans qui se sont mis à exploiter les maladies de l'oreille.

L'affaire, qui a été confiée à M. le juge d'instruction Guillot, promet, dit-on, des révélations fort piquantes et bien propres à prouver, s'il en était encore besoin, que la bêtise et la crédulité humaines n'ont pas de limites.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 février 1889, un concours s'ouvrira, le 5 novembre 1889, à la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Tours.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY. — Le Conseil de la Faculté a proposé, en première ligne, à l'unanimité, M. le docteur Emile Demange, agrégé et chargé de la clinique complémentaire des maladies des vieillards, pour la chaire de médecine légale, vacante par la retraite de M. le professeur Tourdes, nommé doyen honoraire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Lubert, ancien conseiller général, ancien juge de paix, décédé à l'âge de 82 ans, à Héricourt, où il était entouré de la respectueuse considération que lui avaient méritée un caractère bienveillant, une remarquable intelligence et de nombreux services rendus comme médecin et comme magistrat.

STATISTIQUE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Sur 36,121 communes qui existent en France, 15,250 seulement sont pourvues de bureaux de bienfaisance. Il y a en outre, 1,760 commissions de charité. Au total, plus de la moitié des communes, soit 19,111, sont dépourvues de toute institution charitable.

Ajoutons que sur ces 19,000 communes, 18,000 ont moins de 1,500 habitants. L'absence de bureau de bienfaisance se constate surtout dans les communes les moins peuplées.

On peut évaluer actuellement à 1,500,000 personnes le nombre des individus secourus par les bureaux de bienfaisance, et à 40 millions les secours en argent ou en nature délivrés chaque année. Cela représente un secours moyen de 2 fr. par mois et par individu.

On évalue à 450,000 ou 500,000 le nombre des malades soignés dans les hôpitaux et à 70,000 le nombre des vieillards ou des infirmes soignés dans les hospices. La dépense annuelle des hôpitaux et hospices est approximativement de 120 millions.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE. — Le Comité de la Société d'otologie et de laryngologie a fixé la première séance de la réunion annuelle au 26 avril (huit heures du soir, palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins).

Envoyer au secrétaire, avant le 1er avril, le titre des communications afin d'arrêter l'ordre du jour des séances.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 23 février 1889. — *Ordre du jour*: 1. M. Trousseau : L'œil tabétique. — 2. M. Berne : Traitement de l'hydarthrose du genou par le procédé de l'éclatement. — 3. Communications diverses.

**Postes médicaux.** — Un médecin, docteur de 1879, ancien interne des hôpitaux, et exerçant dans le département du Puy-de-Dôme, désire trouver un poste médical non loin de Paris.

Il ferait volontiers un remplacement médical, en attendant une situation définitive. S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

La suite de la discussion sur le tétanos, à l'Académie de médecine, a amené M. Trasbot à poser nettement la question, comme M. Verneuil, mais à combattre les opinions de M. Verneuil avant que celui-ci les eût développées, faute qu'avait également commise M. Leblanc dans la précédente séance. La discussion et les arguments de ces honorables académiciens eussent gagné certainement, à moins toutefois qu'ils n'aient été jugés inutiles, s'ils eussent attendu les observations que M. Verneuil a ensuite apportées, et qu'il continuera à exposer dans la prochaine séance. Ces observations, recueillies depuis que M. Verneuil a repris la question de l'étiologie du tétanos, ont une valeur tout autre que les anciennes, dont il faut faire table rase à ce point de vue. Nous reviendrons, du reste, sur cette discussion lorsqu'elle sera terminée.

Les communications de M. le professeur Guyon sur la néphrorrhaphie pour remédier aux douleurs du rein flottant, de M. Péan sur la trépanation pour enlever une tumeur extra-crânienne, montrent que la chirurgie française n'est pas toujours à l'arrière-garde des autres chirurgies.

# FEUILLETON

## CAUSERIE

*Voyage à Merv*, par M. Edgard BOULANGIER.

*Du Caucase aux Indes à travers le Pamir*, par M. Gabriel BONVALOT.

Les conquêtes des Russes en Asie centrale et la création du chemin de fer transcaspien a donné naissance, entre autres choses dignes d'atttrer l'attention, à deux ouvrages qui renferment des détails intéressants au point de vue médical.

Le premier, par M. Edgar Boulangier, ingénieur des ponts et chaussées, relate les impressions d'un touriste allant de Paris à Merv, mais nous ne le suivrons que dans son voyage en Asie. Les Russes colonisent bon train, et ils ont d'excellents préceptes d'hygiène.

Dans l'oasis de Pendeh, « vous devez toujours vous méfier de l'eau du Mourgab. Gardez-vous bien d'en boire sans l'avoir fait bouillir. Le docteur Louis Heidenreich attribue à son usage la *plaie du Pendeh*, endémique dans cette oasis. Elle tient à l'introduction dans l'organisme d'une micro-bactérie spéciale, qui provoque des lésions fort douloureuses et d'autant plus graves que le nombre d'abcès en suppuration est plus grand. Le docteur Heyfelder en a compté cinquante à la fois sur le même officier de Syr-Iasy. Et il déclare que personne n'échappe complètement à cette véritable peste. Vous êtes prévenus, si

La mortalité de l'armée de mer, d'après M. Rochard, ne serait pas aussi considérable que l'a dit M. Lagneau dans la précédente séance, mais elle est cependant quatre fois plus considérable que celle de l'armée de terre. La statistique pourra-t-elle remédier à cela? Oui, si elle parvient à faire mettre en œuvre les réformes que réclament les hygiénistes modernes, parmi lesquels il faut compter l'éminent inspecteur du service de santé de la marine. — L.-H. P.

---

## Clinique de l'hôpital des Enfants-Malades. — M. le profr GRANCHER.

### La contagion nosocomiale de la rougeole et de la diphthérie, et sa prophylaxie par l'antisepsie médicale.

Nous avons dit, dans un récent bulletin, que M. le professeur Grancher avait consacré les deux premières leçons de sa nouvelle série de cliniques à la question de la contagion intérieure à l'hôpital des Enfants-Malades et à la tentative nouvelle qu'il inaugure pour y porter remède.

Nous avons rappelé le mot si triste d'Archambault, cité très à propos par M. Grancher : *Dans les hôpitaux d'enfants, les malades ne meurent pas de la maladie pour laquelle ils entrent, mais de celle qu'ils y prennent.* Ce qui était vrai lorsque Archambault était médecin de l'hôpital des Enfants, l'est encore, ainsi que l'atteste la statistique suivante, faite dans le service de la Clinique :

Pour chacune des trois salles dont se compose le service, la mortalité totale a été la suivante : d'avril 1885 à avril 1886, dans la salle Saint-Thomas, aujourd'hui salle Bouchut, il y a eu 71 décès, sur lesquels 19 (13 rougeoles, 5 diphthéries, 1 variole) sont imputables à l'hospitalisation, puisqu'ils sont dus à des cas de maladies contagieuses contractées dans la salle; — salle Sainte-Geneviève, aujourd'hui salle Parrot, sur 85 décès, 15 (8 rougeoles, 7 diphthéries) sont le résultat de la contagion intérieure; — salle Sainte-

---

vos projets de voyage vous conduisent dans le petit paradis qui a failli brouiller deux grandes nations.

Les mesures prises par le général Annenkoff, aussi bon hygiéniste que bon organisateur et bon ingénieur des chemins de fer, ont assuré la santé des troupes et des ouvriers indigènes depuis le début de la construction du Transcaspien. A peine quelques cas de typhus se sont-ils déclarés dans l'été de 1885, alors que les travaux étaient poussés avec une extrême activité, et, pour enrayer le fléau, il a suffi d'évacuer les lieux contaminés, de désinfecter ou de brûler le matériel.

Deux services sanitaires fonctionnent : le premier, chargé de l'hygiène générale, le second, des malades. Au premier appartiennent le choix des emplacements pour les bivouacs, l'examen des eaux destinées à l'alimentation, la purification de ces eaux, la désinfection des campements et des wagons, le soin d'étudier les meilleures conditions sanitaires dans chaque localité. Le second, auquel incombe le traitement des malades, dispose de deux hôpitaux pour les deux bataillons, et de huit ambulances, de vingt-cinq lits chacune, pour les ouvriers.

Ces deux services, confiés d'abord aux docteurs Kovalkewsky et Boltenkoff, sont aujourd'hui centralisés entre les mains du médecin en chef Pissarenko.

Le général a, en outre, installé un *sanatorium* d'été, à près de 5,000 pieds d'altitude, dans les montagnes d'Askhabad. Le bataillon de pose y a campé du 15 juin au 15 août 1886. Tel est, du reste, la coutume indigène : les nomades, en été, gagnent la montagne avec leurs troupeaux.

Catherine, aujourd'hui salle Husson, consacrée aux chroniques, sur 13 décès, 7, — plus de la moitié! — reconnaissent pour cause des maladies contractées dans la salle (3 rougeoles, 3 diphthéries, 1 coqueluche).

I

Si effrayants que soient ces chiffres, ils ne donnent pas encore une idée exacte des ravages que pourrait exercer la rougeole dans ces milieux, car, d'une part, sur les 400 malades qui ont traversé la salle Parrot en un an, 200 seulement étaient contagionnables, puisque 150 enfants avaient eu déjà certainement la rougeole et que 50 l'avaient eue probablement, d'après les renseignements fournis par les parents, et, d'autre part, plus de la moitié des enfants séjournant à l'hôpital moins de quatorze jours (durée maxima de l'incubation), il est possible que l'invasion d'une rougeole contractée à l'hôpital éclate seulement quand l'enfant est rentré dans sa famille.

Comment s'opère la contagion à l'intérieur de l'hôpital? Cette question a été, en 1882, l'objet d'une étude excellente de la part du docteur Béclère dans une thèse inaugurale demeurée classique. Notre distingué collègue a démontré que le contage de la rougeole était très peu diffusible et n'exerçait son action qu à courte distance. Ce sont, en effet, les enfants couchés dans les lits les plus rapprochés de celui où se trouve un rubéoleux qui sont contagionnés. C'est à la suite de la publication du travail de M. Béclère que l'Administration s'est décidée à isoler les rubéoleux. Des documents très précis sur les diverses manières dont s'opère la contagion intérieure ont été réunis par M. Gibotteau, aujourd'hui interne des hôpitaux, et M. le docteur Dufestel, tous deux alors externes de la Clinique. Il en découle que la contagion de la rougeole peut se faire soit directement d'enfant à enfant, soit par voie indirecte.

Le plus souvent, une petite épidémie intérieure reconnaît pour origine l'entrée d'un rubéoleux admis dans la salle par suite d'une erreur de diagnostic, erreur qui, suivant l'heure de l'admission de l'enfant, avant ou

---

Il faut ajouter, pour être exact, qu'il n'y a aucune comparaison à établir entre le soleil de Merv et celui de certaines régions humides plus voisines de la ligne; les cas d'insolation ont été rares et peu dangereux, bien que le soldat russe porte une simple casquette blanche sans couvre-nuque. Ce fait seul prouve surabondamment que les rayons solaires, bien que très ardents, n'ont pas ici les propriétés toxiques que leur donne l'humidité, dans la mer Rouge, par exemple, et en Cochinchine.

« Nul ne pouvait, avec plus d'autorité que le docteur Heyfelder, étudier cette question du climat et des conditions sanitaires de la transcaspienne. Il le fait en détail dans un ouvrage sur la contrée. » (*Transcaspien und seine Eisenbahn*, 1887.) Je crois utile de résumer ici ses observations.

D'une manière générale, on peut dire que ce climat est malsain pour les Européens; certaines localités présentent une insalubrité spéciale qui résulte de circonstances susceptibles d'amélioration; les fautes de régime engendrent aussi des maladies qui peuvent être atténuées avec certaines précautions ou ménagements; mais les affections qui résultent de l'aclimatement même ne sauraient être évitées.

Un Européen, aussitôt débarqué à Ouzoun-Ada ou à Krasnovodsk, subit l'influence de la chaleur et de la sécheresse de l'air et du sol. Il sue excessivement, perd rapidement de son poids, maigrit, se *dessèche*. Le visage devient ridé et tanné, même chez les plus jeunes soldats. La soif que donnent les marches dans les steppes dessèche les muqueuses du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx. On devient enroué; on éprouve une perpétuelle sensation de chaleur dans la bouche et la trachée-artère, dont les muqueuses

après la contre-visite, peut n'être rectifiée que six à vingt-quatre heures plus tard. Sur 14 cas de ce genre, 11 sont demeurés stériles; 3 ont été l'origine d'autres cas intérieurs.

D'autres fois, un enfant est admis pour une bronchite ou une broncho-pneumonie considérée comme simple et dont la nature rubéolique ne s'accuse qu'au moment où apparaît l'éruption; le séjour du rubéoleux larvé dans la salle est alors plus prolongé (de deux à six jours); aussi, sur 15 cas de ce genre, 8 ont-ils été fertiles, c'est-à-dire point de départ de cas intérieurs.

Tantôt encore, un enfant entre pour une maladie quelconque, rachitisme, sclérose ou chorée, mais il est en puissance d'une rougeole contractée au dehors et dont l'invasion se manifeste six à douze jours après son entrée. Sur 10 cas de cette catégorie, 1 seul a été fertile.

Tantôt, enfin, on admet sans le savoir un enfant convalescent de rougeole ou de bronchite rubéolique. Mais, sur 6 cas semblables, aucun n'a été fertile.

En réfléchissant à ces quatre modes de contagion directe, on se dit que le fonctionnement du service d'isolement ne peut rien contre le deuxième et le troisième. Eût-on même des chambres de suspects intermédiaires à la salle des rubéoleux et à la salle commune, chambres d'observation que M. A. Ollivier a grandement raison de réclamer d'ailleurs pour les cas douteux, on ne pourrait encore éviter la contagion par les malades de la troisième catégorie.

Quant à la contagion indirecte, par quels intermédiaires peut-on soupçonner qu'elle s'exerce?

Par les parents qui viennent visiter les enfants les dimanches et les jeudis? Aucun cas de contagion n'a été constaté de ce fait. Par les élèves qui viennent de la consultation et du service d'isolement; par le service hospitalier, les infirmières et les surveillantes qui communiquent avec les salles de la rougeole? Il en est ainsi quelquefois; par exemple, il n'y avait pas eu de rougeole dans les salles de la Clinique depuis six semaines,

---

sont souvent mises au vif. C'est alors que l'absorption de la nourriture devient une souffrance.

Sur les parties découvertes du corps, le soleil produit des érythèmes : la peau se fendille et pèle. Prenez-vous des bains de mer? Ils vous donnent des eczémas, souvent accompagnés d'abcès qui suppurent.

Charmant pays! Mais continuons. Les vents violents et périodiques qui, pendant des journées entières, soulèvent le sable du désert et vous l'envoient dans les yeux, le nez, la bouche, dessèchent et irritent les muqueuses, excitent le système nerveux. Il s'ensuit des conjonctivites, des rhumes de cerveau, des toux violentes, quelquefois la tuberculose, sans parler des saignements de nez, des crachements de sang, du manque de sommeil, et de la *mauvaise humeur*. Il y a vraiment de quoi.

« Les organes de la digestion ne semblent pas mieux respectés; l'absorption de beaucoup d'eau ou d'eau impure engendre la diarrhée et les catarrhes de l'estomac et des intestins, compliqués souvent de dysenterie. Si la guérison ne vient pas vite, le mal passe à l'état chronique. Alors apparaissent les selles de sang; l'affaiblissement augmente graduellement jusqu'à ce qu'une perforation de l'intestin termine votre supplice. A moins que la maladie ne prenne une nouvelle forme et que vous ne trépassiez du typhus abdominal. »

Je ne ferai que mentionner les fièvres intermittentes, accompagnées de coma, de délire et d'autres accidents plus ou moins agréables.

Il est également superflu d'insister sur la conséquence morale d'un séjour un peu

quand M. Grancher prit à son tour le service des salles de rougeole. Quinze jours après, malgré les précautions observées, un cas de rougeole se montrait dans le service.

Une petite épidémie de rougeole qui a sévi très sévèrement en 1886 est très instructive par son origine. Une surveillante du service, atteinte de rougeole, était alitée dans une chambre qu'un palier d'escalier et deux portes séparaient d'une partie du service dite salle des berceaux. L'autre surveillante qui la soignait passait plusieurs fois par jour de la chambre de sa collègue dans le service. Bientôt la rougeole éclata dans la salle des berceaux et le premier enfant atteint fut celui qui couchait dans le berceau immédiatement contigu à la porte. Cette épidémie a été très grave, puisque, sur les 11 berceaux — dans lesquels, en un mois et demi, passèrent 34 enfants, dont 14 étaient aptes à contracter la rougeole, — 8 enfants devinrent rubéoliques et 6 succombèrent. On observa très nettement pour cette épidémie le cantonnement de la rougeole dans un petit nombre de lits, toujours les mêmes, ou dans certains coins de salle. On avait cependant, après chaque cas de contagion, lavé soigneusement le lit infecté avec une solution phéniquée forte; mais c'est là une désinfection absolument insuffisante.

Les statistiques fournies par l'ensemble de l'hôpital concordent avec la statistique propre du service de clinique, pour démontrer que ni la morbidité ni la mortalité par rougeole n'ont diminué dans l'intérieur de l'hôpital depuis la création du service d'isolement, et il est en outre incontestable que la malignité de la rougeole s'est accrue dans les salles d'isolement par la concentration même des rubéoleux; on observe notamment dans ce milieu, avec une fréquence extraordinaire et une gravité exceptionnelle, les broncho-pneumonies rubéoliques.

Ainsi l'isolement préconisé par M. Béclère, et tel qu'on l'a organisé depuis 1885, a été un remède inefficace contre la contagion intérieure, et même un remède pire que le mal.

---

prolongé dans cet affreux pays : la *désolation* de l'existence y engendre l'hypochondrie et même la folie! Ce cas s'est vu plus d'une fois dans les solitudes sibériennes.

A côté du mal, le remède. La *promenade* de Merv étant assez à la mode depuis la construction du Transcaspien, on me permettra de ne rien retrancher aux conseils du savant docteur. Avant tout, manger peu et boire peu. Mener une vie bien régulière, se lever matin en été, faire le gros de son travail avant la chaleur de midi. Puis, se rapprocher le plus possible du genre de vie des indigènes. Comme eux, ne rien prendre pendant la chaleur du jour, manger pendant la nuit. Ce régime, que les Turkmènes appliquent même à leurs chevaux et à leurs chiens, leur permet de faire tous les trois jours une course de 80 à 100 verstes sans ressentir une fatigue exceptionnelle, de travailler au soleil avec la pelle et la pioche sans tomber malades, en un mot de résister parfaitement au climat.

Boire de l'eau bouillie, proscrire l'alcool, donner la préférence en été à une nourriture végétale.

Comme au Caucase, adopter la quinine pour traitement prophylactique de la fièvre; si celle-ci se déclare, augmenter les doses. Elle s'attaque indifféremment aux organismes sains ou épuisés.

Se protéger soigneusement la tête contre les rayons solaires. A défaut du bonnet turkmène, qui ne peut guère être adopté, choisir le casque anglais avec ventilateur et couvre-nuque. Porter un parasol vert et des lunettes de couleur pour se protéger les yeux contre la poussière, le sable, la chaleur et la lumière.

II

Pour la diphthérie, il ne semble pas que la contagion s'accomplisse aisément par l'air : ainsi, M. Lancry a cité dans une thèse consciencieuse le fait d'une école mixte de garçons et de filles, dans laquelle les deux groupes de sexe différent se trouvaient à droite et à gauche du maître, n'étant séparés que par une travée étroite, mais n'ayant pas de contact direct. Or, la diphthérie frappa successivement plusieurs filles sans atteindre un seul garçon. — A l'hôpital des Enfants, on n'observe jamais de cas de diphthérie parmi les teigneux qui jouent constamment dans une cour immédiatement contiguë au pavillon des diphthéritiques. Malgré la contiguïté de Necker et des Enfants, on n'observe pas de diphthérie à Necker. En réalité, la contagion de la diphthérie réclame un contact presque immédiat, soit avec les malades, soit avec les intermédiaires, objets ou personnes, qui transportent le contage.

La cause la plus habituelle des cas intérieurs est l'introduction d'angines diphthériques reçues dans les salles communes par erreur de diagnostic. Malgré le soin avec lequel les angines à exsudat blanc sont examinées à la consultation, l'erreur est quelquefois inévitable. Peut-être dans l'avenir pourra-t-elle être évitée plus souvent, s'il est vrai que, comme le disait récemment M. Despine dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, il soit possible de constater au microscope les bacilles de Lœffler dans les plus minces fausses membranes du début. Le bacille de Lœffler, signalé d'abord par Klebs et dont la spécificité vient d'être confirmée par les recherches de MM. Roux et Yersin, ne pénétrerait pas dans le sang; il resterait cantonné dans les fausses membranes où il se trouverait, au début, à l'état de culture presque pure; puis le poison soluble que sécrètent les microbes se diffuse par le sang dans tout l'organisme. Si l'examen microscopique de l'exsudat diphthéritique pratiqué dès le début est aussi significatif que le dit M. Despine, un grand progrès va se trouver réalisé au point de vue du diagnostic

Imiter les Asiatiques, qui se vêtent de laine ou de soie et surtout s'enveloppent bien la partie inférieure du corps. Les changements de toilette pendant le jour sont mauvais; s'ils se sentent fatigués, les Turkmènes se jettent tout habillés sur un feutre.

Enfin, porter des chaussures souples; par exemple, la botte en maroquin du Boukhara ou le soulier anglais en toile, qui laissent le pied libre et lui donnent de la chaleur.

Tous ces détails permettent d'apprécier la solidité des Russes et la persévérance dont ils ont fait preuve dans une contrée si peu favorisée de la nature.

(*A suivre.*)

---

Potion contre la fièvre éphémère. — V. Audhoui.

| | |
|---|---|
| Hydrolat de tilleul.......................... | ãã 60 grammes. |
| Hydrolat de fleurs d'oranger ................ | |
| Hydrolat de laurier-cerise .................... | 10 — |
| Sirop d'œillet rouge............................ | 20 — |

Mêlez. — Une cuillerée d'heure en heure, sans interrompre le sommeil, aux enfants atteints de fièvre éphémère essentielle. — Pour tisane, une infusion avec parties égales de feuilles de bourrache, de pariétaire et d'oranger. — Repos au lit, dans une chambre faiblement éclairée et silencieuse. — Diète, lavement laxatif. — N. G.

précoce de la diphthérie, et l'introduction par erreur de diphthéries dans les salles communes deviendra de plus en plus rare.

Le germe de la diphthérie est redoutable surtout par son extrême ténacité; tandis que la rougeole ne renaît guère que par suite de contact avec une autre rougeole, le germe de la diphthérie, restant attaché aux objets contaminés pendant un temps considérable, constitue un danger permanent si la désinfection n'a pas été très rigoureuse. Deux exemples sont bien instructifs au point de vue de la persistance des germes : M. Darolles (de Provins) a fait connaître un cas dans lequel un berceau d'osier a servi trois fois d'agent de transmission de la diphthérie à plusieurs mois ou années de distance. M. Worms rapporte un fait de transmission de la diphthérie par un pinceau qui, ayant servi à badigeonner la gorge d'un diphthéritique, avait été conservé quatre ans dans une armoire. C'est par suite de la persistance des germes de la diphthérie dans les appartements, et sur les objets que peut s'expliquer la constatation faite par M. Revilliod (de Genève) de la prédilection de la diphthérie pour certaines familles, et interprétée par lui comme le résultat d'une prédisposition héréditaire.

La création du pavillon d'isolement (20 juillet 1882) pour la diphthérie a-t-elle diminué le nombre des cas intérieurs? Nullement. Avant l'isolement, la moyenne du nombre des cas intérieurs de diphthérie était de 56 par an; nous voyons que les années suivantes, 1883, 1884, 1885, ont donné comme nombre de cas intérieurs 83, 189 et 149. Ils ont toujours été en croissant, comme d'ailleurs a crû aussi le nombre total des cas de diphthérie dans la ville.

III

Pour remédier à l'augmentation des cas intérieurs, M. Lancry préconisait le système du lazaret, la création d'autant de pavillons rigoureusement isolés qu'il y a de maladies contagieuses, chaque pavillon ayant un personnel médical et infirmier spécial. Ce système soulève bien des difficultés; une commission a été chargée d'en étudier l'application à l'hôpital Trousseau.

M. Chautemps, d'autre part, a fait voter par le Conseil municipal la création d'hôpitaux suburbains affectés aux maladies contagieuses des enfants : cette création, qui nécessite un service de transport malaisé et complexe, rencontrera bien des difficultés pratiques; elle a été combattue avec raison par les médecins des hôpitaux d'enfants, et, d'ailleurs, a soulevé déjà de la part des communes suburbaines une opposition qui se traduit par des litiges devant le Conseil d'Etat.

Ce qu'a voulu tenter M. Grancher est tout autre chose. La tentative est plus modeste; elle consiste à faire de l'antisepsie médicale dans le service même, ce qui n'a pas encore été essayé jusqu'ici. Elle part de ce principe que ce sont les objets et les personnes en contact avec les malades qui sont le plus souvent les vecteurs de la contagion. Le remède, dès lors, réside dans la désinfection incessante et minutieuse de tout ce que les malades ont touché et de tous ceux qui ont touché les malades.

Que fallait-il pour obtenir ce résultat?

D'abord une étuve à vapeur humide sous pression (système Geneste-Herscher) à l'aide de laquelle on peut tuer tous les microbes pathogènes dans la profondeur même d'un matelas. Elle fonctionne maintenant. Après quinze minutes de séjour dans cette étuve tous les objets sont désinfectés,

puis, grâce à l'action de l'air sec pendant vingt minutes, toute trace d'humidité disparaît. — Il a fallu faire fabriquer des lits très légers, faciles à démonter et à transporter dans cette étuve.

Les objets qu'on ne peut porter dans l'étuve, vaisselle, ustensiles de toilette, sont plongés, aussitôt qu'ils ont servi à un enfant contagionné ou suspect, dans un récipient qui contient de l'eau bouillante en permanence.

De nombreux lavabos disséminés dans le service avec eau chaude, brosses, cure-ongles et solution antiseptique de sublimé à 1 p. 1000 avec addition de 2 grammes d'acide tartrique, permettent au personnel de se désinfecter à chaque instant les mains.

A l'entrée de chaque salle se trouve un double vestiaire : d'un côté, on laisse les habits de ville; de l'autre, on trouve des blouses que les visiteurs sont invités à revêtir avant d'entrer dans le service.

Les parquets ont été couverts d'un enduit composé d'huile de lin chaude et de litharge, qui permet de les laver quotidiennement et évite le balayage qu'on pratiquait autrefois et qui disséminait les germes contagieux.

Le personnel du service a été augmenté de nombre et mieux payé. Une infirmière spéciale est affectée au soin des enfants atteints de maladies contagieuses; elle ne doit toucher aucun autre enfant. Le lit de l'enfant contagionné est entouré d'un box ou grillage mobile haut d'un mètre qui empêche les autres enfants de s'approcher de ce lit. Quand l'enfant contagionné prend son repas, on le lui apporte dans un panier spécial contenant tous les ustensiles nécessaires et très ingénieusement fabriqué, de manière à pouvoir être immergé complètement dans l'eau bouillante avec son contenu après avoir servi.

Grâce à cet ensemble de mesures ingénieuses, M. Grancher a le droit d'espérer que les cas de contagion intérieure seront moins nombreux à l'avenir dans son service; il croit aussi avec raison rendre à tous les étudiants qui auront été attachés à sa clinique, et par suite à leurs futurs clients, le grand service de les initier aux pratiques de l'antisepsie médicale, trop négligée jusqu'à ce jour.

P. Le Gendre.

## THÉRAPEUTIQUE

### La médication révulsive : Nouveau sinapisme en feuilles.

La médication révulsive, devenue si répandue et si populaire grâce à l'emploi de la moutarde en feuilles, vient de subir une importante modification qui constitue un progrès réel que nous devons signaler.

Si le papier moutarde avait de grands avantages, il présentait cependant quelques inconvénients dont nous dirons quelques mots.

Il mettait en contact direct la moutarde et la peau, ce qui, surtout chez les enfants, pouvait déterminer une révulsion trop vive allant jusqu'à la vésication.

Cet inconvénient était surtout fâcheux lorsque le sinapisme était employé chez des personnes momentanément privées de connaissance. Le malade étant dans l'impossibilité de manifester la sensation qu'il éprouvait, il arrivait souvent que l'intense vésication obtenue sur de nombreux points du corps donnait lieu par la suite à des complications regrettables.

Le papier moutarde ordinaire présente, en outre, l'inconvénient de ne pas très bien se conserver, surtout lorsqu'il est exposé à l'humidité.

Ces inconvénients provenaient surtout de la composition même de la moutarde en

feuilles qui contenait, outre la farine de moutarde, des substances étrangères telles que des huiles essentielles, de la gutta-percha, etc. Ces additions étaient sans doute nécessaires pour la conservation du produit, mais elles n'en étaient pas moins regrettables.

Le nouveau sinapisme qui nous est présenté aujourd'hui par MM. Colman est exclusivement composé de *moutarde pure*. Grâce à un perfectionnement très ingénieux, on a introduit entre deux feuilles de mousseline une mince couche de farine de moutarde également répandue et fixée sans l'aide d'aucun des ingrédients qui entrent dans le sinapisme en feuilles. En somme, c'est le sinapisme ancien tel qu'il était employé en thérapeutique avant l'introduction des papiers moutardes, mais avec cette différence qu'il est *propre*, *instantané*, *se conserve indéfiniment* et ne nécessite pour son application ni linge, ni aucun accessoire.

Ces avantages étaient trop importants pour ne pas appeler l'attention du corps médical; aussi le nouveau sinapisme a-t-il été immédiatement accepté dans les hôpitaux et la pratique de la ville.

En somme, ce nouveau révulsif présente sur la moutarde en feuilles les avantages suivants :

1° Il est plus propre et ne tache ni le linge ni la peau;

2° Il peut être conservé indéfiniment sous n'importe quel climat, et même dans les pays humides;

3° Il ne brûle pas la peau et ne soulève pas l'épiderme, quelle que soit la durée de son application. En un mot, il agit promptement et peut être laissé longtemps en place sans jamais produire la vésication.

Il n'est pas nécessaire d'indiquer le mode d'emploi qui est le même que pour le sinapisme ordinaire. Une seconde d'immersion dans l'eau froide suffit pour préparer ce sinapisme avant de l'appliquer sur la peau. Etant en étoffe au lieu d'être en papier, il se maintient en place sans qu'il soit nécessaire de le fixer avec des linges.

Ces quelques détails suffisent pour montrer l'importance de la nouvelle découverte et nous sommes certains que le sinapisme Colman remplacera très rapidement toutes les autres variétés de sinapismes employés jusqu'à ce jour.

---

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Nouvelles recherches démontrant que la toxicité de l'air ne dépend pas de l'acide carbonique*, par MM. Brown-Séquard et d'Arsonval. — « Dans trois précédentes communications, nous avions montré d'abord les relations qui existent entre la tuberculose pulmonaire et l'air sortant des poumons de l'homme et des mammifères domestiques, ensuite la puissance toxique d'une ou de plusieurs substances provenant des poumons. Des recherches nouvelles, faites surtout au commencement de l'année dernière, nous ont montré que le poison unique ou multiple, qui s'échappe avec l'air expiré, peut tuer, à faible dose, même sans être injecté directement dans le sang artériel ou veineux; injecté sous la peau, le liquide contenant ce poison a causé également la mort dans 17 cas sur 18. Enfin, même injecté dans le rectum et dans l'estomac, ce liquide peut tuer; nous avons observé la mort deux fois sur 7 cas. Nous avons trouvé aussi que l'injection, dans les poumons même, d'une quantité minime (8 c. c. à 12 c. c.) d'eau provenant de la condensation des vapeurs sortant avec l'air expiré détermine la mort, en grande partie par suite d'un travail inflammatoire produit dans les poumons. C'est là un des effets de la respiration d'air confiné.

D'autre part, nous avons constaté que ce n'est pas à la présence de microbes dans le liquide pulmonaire qu'est due sa toxicité, car il est aussi meurtrier après qu'on l'a soumis à une température de 100° en vase clos que lorsqu'on l'emploie sans l'avoir préalablement chauffé à cette température. Depuis près d'un an, désirant voir ce qui arriverait à des animaux recevant le poison pulmonaire tel qu'il existe dans l'air expiré et mêlé à de l'air pur, nous avons fait un très grand nombre d'expériences, qui ont démontré

d'une manière positive que l'acide carbonique de l'air ne participe en rien à sa toxicité, c'est-à-dire l'innocuité de l'acide carbonique et la toxicité du poison pulmonaire.

En effet, c'est bien à un poison venant des poumons qu'est due la mort des animaux sur lesquels nous avons fait nos expériences, car les symptômes auxquels ils ont succombé et l'état des organes examinés après la mort se retrouvent chez ces sujets identiques aux symptômes et lésions observés chez les animaux tués par une injection de poison pulmonaire dans le sang ou sous la peau.

Qu'il y ait dans l'air confiné d'autres causes capables d'altérer la santé que le poison provenant des poumons, nous ne voulons par le nier; mais il nous semble, par les raisons que nous venons de donner, que c'est surtout, sinon exclusivement, à ce poison que la mort est due, dans notre expérience, après la respiration d'air confiné pendant quelques jours. »

*Recherches sur les microbes de l'estomac*, par M. Abelous. — « J'ai isolé dans les produits de fréquents lavages de mon propre estomac à jeun, seize espèces de microbes dont j'ai étudié les caractères morphologiques et l'action sur les subtances alimentaires.

Ces seize espèces comprennent 7 micro-organismes connus, savoir : la sarcina ventriculi ; le bacillus pyocyaneus; le bactérium lactis ærogènes; le bacillus subtilis; le b. mycoïdes ; le b. amylobacter ; le vibrio rugula, et 9 autres bactéries qui n'avaient pas été décrites dont 1 coccus et 8 bacilles.

Tous ces microbes résistent à l'action d'un suc gastrique artificiel (à 1 gr. 7 d'HCl. p. 1000), pendant un laps de temps dépassant de beaucoup la durée moyenne de la digestion stomacale, surtout quand les cultures sont riches en spores.

10 de ces microbes sont des anaérobies facultatifs. Voici les résultats généraux de l'action de ces microbes sur les substances alimentaires.

Chacun de ces microbes a une action plus ou moins énergique, sur certaines substances alimentaires : 10 attaquent l'albumine; 12 la fibrine; 9 le gluten; 10 transforment plus ou moins complètement le lactose en acide lactique ; 8 ont une action inversive sur le sucre de canne ; 11 forment plus ou moins d'alcool aux dépens du glucose ; 13 forment des quantités variables de glucose aux dépens de l'amidon.

Mais les résultats les plus remarquables sont fournis par l'action de tous ces microbes à la fois, sur chaque substance alimentaire. Dans ces conditions (surtout lorsque le milieu est additionné de craie) on observe une décomposition très rapide et très énergique avec dégagement de gaz et formation de produits tel que la leucine, la tyrosine, l'indol, le skatol, certains acides gras et des composés ammoniacaux. Des quantités considérables de matières alimentaires peuvent être ainsi décomposées au bout de très peu de temps.

En résumé ces microbes doivent être des facteurs très importants dans les actes de la digestion.

Le véritable théâtre de leur action doit être l'intestin et non l'estomac, car la durée de la digestion stomacale n'est pas suffisante pour permettre aux microbes (au moins in vitro) de décomposer des quantités appréciables de matière alimentaire. »

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 février 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

*Correspondance imprimée :* Journaux et revues ; — *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Vaucluse*, 2e sem. 1888 ; — *Revue des travaux scientifiques du ministère de l'instruction publique*, t. VIII, nos 6 et 7; — *Hygiène de la première enfance*, vol. de 600 pages offert par M. le docteur Rouvier, professeur de gynécologie à l'Université de Beyrouth, membre correspondant.

*Correspondance manuscrite* : M. le docteur Dobieszewski, médecin consultant aux eaux de Marienbad, demande le titre de membre correspondant, et envoie à l'appui de

sa demande deux brochures. (Renvoi à une commission composée de MM. Duroziez, de Ranse, et Fraigniaud, rapporteur.)

— M. Rougon est chargé d'exprimer à la Société les regrets de M. de Beauvais de ne pouvoir assister à la séance, et il donne lecture, en son nom, de la note suivante :

M. de Beauvais : J'ai l'honneur de présenter à la Société, au nom de notre correspondant de Montluçon, M. le docteur Dechaux, une brochure intitulée : *Une découverte sur les mystères de la conception.* Dans ce travail, notre laborieux et honorable confrère émet l'opinion toute particulière que la sécrétion normale de la glaire utérine est intentionnelle, et qu'elle a pour but physiologique de servir de véhicule spécial au liquide spermatique, qui est transporté par elle jusqu'à l'ouverture du col utérin. Il expose cette théorie originale avec autant d'ardeur que de conviction, et se propose de démontrer le fait par des expériences sur les animaux.

M. le docteur Dechaux a déjà fait la communication de ce travail à l'Académie des sciences le 30 janvier dernier, et il invite instamment les gynécologistes à vérifier e bien-fondé de son affirmation physiologique dans la fécondation.

— M. le Président annonce que M. le docteur Budin, membre titulaire, vient d'être élu membre de l'Académie de médecine; c'est un succès brillant et mérité dont la Société a le droit d'être fière.

— M. Duroziez entretient la Société d'une malade qu'il vient de perdre, après plusieurs semaines, d'une affection sur l'étiologie de laquelle il n'est pas complètement édifié.

— M. Polaillon communique une observation d'ovariotomie (sera publiée), remarquable en ce que la tumeur enlevée était constituée par une masse cancéreuse, dont la nature n'avait pas été reconnue avant l'opération. Les suites immédiates furent excellentes; mais la malade succomba au bout de deux mois aux progrès de la cachexie cancéreuse.

M. de Ranse : N'était-il pas possible, cliniquement, d'établir le diagnostic avant ou pendant l'opération? Et, dans ce cas, M. Polaillon n'aurait-il pas fait l'hystérectomie de préférence à l'ovariotomie, afin de retarder la repullulation du néoplasme?

M. Polaillon : Nous avons bien vu, pendant l'opération, que nous avions affaire à une tumeur de mauvaise nature; aussi ai-je appliqué la suture aussi bas que possible au niveau de la corne utérine.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

## COURRIER

Jury du concours du bureau central de médecine. — Par suite de changement, le jury de ce concours est composé comme suit :

MM. Desnos, Dreyfus-Brisac, Dujardin-Beaumetz, Ferrand, Gaillard-Lacombe, Guéniot, Labadie-Lagrave.

— Le registre d'inscription des candidats au concours, pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central, est clos. Les candidats, au nombre de soixante-six, sont :

MM. Achard, Barbe, Babinski, Barthélémy, Béclère, Belin, Blocq, Bourcy, Bourdel, Bruchet, Capitan, Cayla, Charrin, Chéron, Dalché, Darier, Delpeuch, Deschamps, Despréaux, Dreyfous, Dubief, Duflocq, Duplaix, Durand-Fardel, Florand, Galliard, Gallois, Gauchas, de Gennes, Gilles de la Tourette, Giraudeau, Girode, Havage, Hirtz (Hippolyte), Hischmann, Jeanselme, Launois, Lebreton, Leduc, Le Gendre, Lermoyez, Leroux, Liandier, Marfan, Martin de Gimard, Martinet, Mathieu, Ménétrier, de Molènes, Morel-Lavallée, Œttinger, Petit, Polguère, Poupon, Queyrat, Raymond, Ribail, Richardière, Robert, Roger, Sapelier, Siredey, Thibierge, Thoinot, Variot et Weber.

CONCOURS D'AGRÉGATION (*chirurgie et accouchements*). — La liste des candidats est arrêtée de la manière suivante :

*Paris*. Chirurgie (3 places) : MM. Barette, Bazy, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Hartmann, Marchant, Ménard, Michaux, Nélaton, Phocas, Picqué, Polosson, Ricard, Rochard, Routier, Tuffier, Verchère, Villar, Walther ; — Accouchements (1 place) : MM. Auvard, Bar, Boissard, Bonnaire, Bureau, Doléris, Lepage, Olivier, Planchard, Potocki, Tissier. — *Bordeaux*. Chirurgie (1 place) : M. Courtin ; — Accouchements (1 place) : MM. Chambrelent, Rivière. — *Lille*. Chirurgie (1 place) : MM. Carpentier, Coppens ; — Accouchements (1 place) : M. Turgard. — *Lyon*. Chirurgie (1 place) : MM. Gangolphe, Genevey-Montaz, Rochet, Vallas. — *Montpellier*. Chirurgie (1 place) : MM. Estor, Février.

— M. le professeur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris, est nommé membre de la commission consultative des souscriptions scientifiques et littéraires.

— La Faculté de médecine de Paris vient de décerner le prix Lacaze (10,000 fr.), à M. le docteur Malassez, directeur du laboratoire d'histologie au Collège de France, pour ses travaux sur la tuberculose. La Faculté ne pouvait faire un meilleur choix, et nous applaudissons de grand cœur à la récompense si bien méritée par notre savant confrère, qui n'avait pas songé, nous dit-on, à faire acte de candidature.

— L'Académie de médecine pose la question suivante pour le prix de l'Hygiène de l'enfance (1,000 francs) : « De l'éducation des organes des sens, de la vue et de l'ouïe dans la première et la deuxième enfance. » Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1[er] mars 1890, terme de rigueur.

— Par arrêté, en date du 11 février 1889, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de médecine mentale :

MM. les docteurs Ball, Blanche, Charpentier, Cotard, Falret, Garnier, Magnan, Motet, Ritti et Auguste Voisin.

— Par arrêté, en date du 11 février 1889, ont été nommés membres du Comité d'organisation du Congrès international de psychologie physiologique :

MM. les docteurs Brissaud, Charcot, Gley, Magnan, Richet.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 25 février. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de MM. Pennel et Weill sur la candidature de M. Hirtzmann. — 2. M. Dauchez : Incubation et contagion des oreillons. — 3. M. Potherat : Cas de guérison de kyste hydatique du foie par l'injection de sublimé. — 4. MM. Marciguey et Boymond : Traitement de la lithiase biliaire par l'huile d'olive à haute dose. — 5. M. Poulet : De l'emploi de l'inée (strophantus) contre les accidents de l'épilepsie. — 6. Election de trois membres titulaires.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — *Bureau pour 1889*. — Président, docteur Toledano ; vice-présidents, docteurs Garnier et Lecoin ; secrétaire général, docteur Gibert ; secrétaire des séances, docteurs Tisné et Rollin ; trésorier, docteur Kinzelbach ; archiviste, docteur Barbillon.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Hôpital Necker. — M. le docteur Rendu.

### Méningo-myélites tuberculeuses.

Messieurs,

Nous avons depuis huit jours, dans le service, un homme atteint de paraplégie complète et d'un affaiblissement des membres supérieurs. Au moment de son entrée, ce malade marchait encore très bien; il est donc atteint d'une affection spinale grave, à allure très rapide.

L'étiologie de la myélite aiguë est assez courte. La maladie succède à des traumatismes, des refroidissements brusques ou, au contraire, lents, tel que le séjour dans un endroit humide, à des excès génésiques, à la syphilis, à l'alcoolisme.

Dans les antécédents de notre malade, nous ne trouvons guère qu'un léger degré d'alcoolisme insuffisant pour expliquer les accidents dont il est atteint, mais il présente une affection organique grave datant de longtemps. Il est, en effet, atteint de phthisie, et cette phthisie n'est pas héréditaire, mais acquise. Car, la mère et le père du malade ont actuellement 76 et 77 ans, il a quatre frères et sœurs bien portants, et lui-même, âgé aujourd'hui de 35 ans, a joui d'une bonne santé jusque dans ces dernières années.

Malheureusement il est briquetier, et sa profession l'oblige à subir des alternatives de température brusques et répétées. Aussi, il y a trois ans, a-t-il été atteint de la première manifestation de sa tuberculose, une pleurésie gauche, insidieuse, à marche traînante, ayant duré près de trois mois et ayant guéri sans ponction. Il resta ensuite près de deux ans sans accidents; mais alors apparurent une laryngite, puis tout récemment une otite, survenue sans cause appréciable et ayant entraîné un catarrhe auriculaire avec surdité absolue du côté droit.

Dans les poumons, on trouve actuellement de grosses lésions qui ne peuvent laisser de doutes. A droite, surtout au sommet, on entend des râles cavernuleux et la respiration est rude et soufflante. Au moment de l'entrée, du reste, l'expectoration était purulente et très abondante. A la base droite, on trouve encore des râles fins, disséminés, qui témoignent de l'envahissement des tubercules. A gauche, les lésions sont moins disséminées et moins profondes; cependant, il y a là aussi des râles diffus à prédominance au sommet.

Malgré l'état avancé de la tuberculose pulmonaire, l'état général est resté assez bon; il n'y a pas de fièvre, le pouls est lent et calme. L'oppression est notable, mais ne va pas jusqu'à la dyspnée.

Il s'agit donc, dans ce cas, d'une tuberculose déjà ancienne, diffuse, à évolution d'abord localisée au poumon, et tendant ensuite à atteindre d'autres organes, le larynx et l'oreille.

Mais ce n'est pas pour sa tuberculose que le malade est entré dans nos salles. Le début de l'affection qui l'amène est récent probablement, peut-être cependant un peu plus ancien qu'il ne paraît au premier abord. En effet, notre homme a perdu depuis sept ou huit mois ses facultés génésiques. Cependant, il ne faut pas attacher trop d'importance à ce fait dans l'espèce, car le tuberculeux qui s'affaiblit perd souvent ses fonctions viriles sans rien avoir à la moelle. De plus, il n'y a pas eu auparavant de période d'excitation. Le malade, en tout cas, avait pu travailler jusqu'à la fin de décembre.

A la fin de janvier se montrèrent les premiers signes subjectifs du côté de la moelle. Ils consistèrent en quelques fourmillements, en une sensation d'obtusion prédominant au bout des orteils, sensation du reste passagère et plus accentuée au membre inférieur droit. Ni douleurs, ni élancements, simplement fatigue insolite.

Subitement, en montant un escalier, la jambe droite du malade lui manqua; il appela et il fallut l'aider pour lui faire monter les quelques marches qui le séparaient de l'appartement où il se rendait. Dès le lendemain, il pouvait marcher; cependant, à partir de ce moment, tandis qu'il progressait facilement au pas ordinaire sur un plan horizontal, la course, l'effort, l'action de monter vite devinrent impossibles. Il y avait donc là des phénomènes rappelant ceux de la claudication intermittente.

Les jours suivants, les troubles s'accentuèrent de plus en plus : affaiblissement et excitations anormales; d'une part, lourdeur, fatigue rapide surtout à droite; incertitudes, hésitations dans la marche; d'autre part, crampes, fourmillements dans les mollets, petites secousses spasmodiques involontaires. Tout cela aboutissait à une sorte de tremblement s'exagérant dans les mouvements volontaires.

Ces phénomènes s'accentuant peu à peu et durant depuis deux semaines, il se décida à entrer à l'hôpital, la marche étant cependant encore possible à ce moment.

Le lendemain, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant : les mouvements sont à peu près conservés à gauche, tandis qu'à droite la parésie est évidente. Le pied, de ce côté, est en équinisme par suite de la paralysie des muscles du groupe externe de la jambe; en le redressant, on ne trouve pas de résistance, ce qui prouve que ces muscles ne sont pas contracturés. Le membre ne peut être soulevé au-dessus du plan du lit. Il y a un certain degré de contracture du genou et de la cuisse qui est exagéré par les mouvements de flexion et d'extension de la jambe. Le malade se plaint de quelques crampes au niveau du mollet sans que l'on puisse constater de contractions fibrillaires locales. Donc, mélange d'excitation et de paralysie, cette dernière prédominant.

Du côté de la sensibilité, les phénomènes sont peu accusés, ni anesthésie, ni hyperesthésie; sensibilité réflexe cutanée un peu exagérée; réflexes tendineux exagérés. La trépidation épileptoïde est très facilement provoquée par le redressement du pied. Quelques douleurs sont ressenties au niveau de la racine de la cuisse. Il n'y a rien du côté de la vessie ni du rectum; rien du côté des membres supérieurs; enfin, l'intelligence est intacte.

Le diagnostic était facile à poser; il s'agissait certainement d'une affection spinale, bien que l'on se trouvât en présence d'une monoplégie presque pure. L'otite peut donner lieu à des complications cérébrales, mais en premier lieu le membre gauche était légèrement atteint, et, ensuite, raison péremptoire pour repousser cette idée, la maladie de l'oreille était du même côté que la paralysie. Il ne pouvait pas y avoir une localisation tuberculeuse sur l'encéphale au niveau du centre des membres inférieurs. Aucun phénomène ne l'indiquait; il n'y avait ni céphalée, ni tendance aux vomissements, ni étourdissements, et encore une fois les deux membres étaient atteints, quoique à des degrés très différents. Enfin on ne pouvait penser à une névrite, puisqu'il n'y avait ni troubles trophiques, ni aucun phénomène douloureux.

Voyons maintenant quel est l'état du malade aujourd'hui, sept jours après son entrée. Cet état s'est considérablement aggravé et l'affection de la moelle est évidente. La paraplégie est complète, la vessie et le rectum sont pris, la constipation absolue. Les membres supérieurs sont affaiblis; tandis que le malade, à son arrivée, imprimait à l'aiguille du dynamomètre une déviation indiquant une force de 25 kilogr., c'est à peine si maintenant l'aiguille indique 4 à 5 kilogr.

Il existe une contracture très manifeste dans les mouvements de flexion et d'extension que l'on fait faire aux bras; les membres supérieurs passent donc par les mêmes phases que les membres inférieurs et on peut affirmer que, dans quelque temps, ils seront paralysés. Le malade se plaint de douleurs d'épaules, de douleurs en ceinture, d'une raideur musculaire à peu près généralisée et très accentuée au cou, ce qui rend très difficiles les mouvements de la tête.

Nous sommes donc en présence d'une lésion spinale graduellement ascendante dans laquelle la sensibilité est toujours restée à peu près intacte, les réflexes tendineux étant de plus en plus exagérés. De plus, depuis trois ou quatre jours, il y a participation du bulbe et de l'encéphale. Deux symptômes de premier ordre l'indiquent.

A l'entrée, le malade, tuberculeux franc, toussait et crachait beaucoup; actuellement il ne tousse ni ne crache, ces phénomènes du côté du thorax se sont éteints. J'ai déjà eu l'occasion de faire remarquer l'importance clinique de ce fait; quand la tuberculose envahit les méninges, surtout cérébrales, les phénomènes fonctionnels de la tuberculose pulmonaire disparaissent. Je m'explique : la toux se produit parce que les bronches sont irritées par les crachats, sont impressionnables; eh bien, quand le cerveau se prend chez un méningitique, il y a suppression du réflexe, et, de plus, la sécrétion muqueuse est moindre. Cette fausse amélioration est donc un signe d'une haute gravité, puisqu'elle indique une complication cérébrale.

Notre malade présente de plus un ralentissement très notable du pouls. Cela signifie que l'origine bulbaire du nerf du cœur, du pneumogastrique, se trouve touchée. Enfin, depuis hier, son intelligence est atteinte. Il répond lentement aux questions, a perdu un peu la mémoire et se préoccupe beaucoup moins de son état qui semble lui être devenu indifférent, tandis qu'auparavant il voyait toute la gravité de sa situation.

Une affection spinale à allure rapide est survenue chez un tuberculeux. De quelle manifestation tuberculeuse s'agit-il? Il ne peut s'agir, en effet, que de tuberculose, car si on a décrit des méningites sans tubercules chez les phthisiques, ce sont des faits très rares.

Plusieurs hypothèses se présentent. Il peut y avoir une tuberculose localisée aux vertèbres lombaires avec pachyméningite ascendante. Cette idée doit être écartée : d'abord il y a aucun symptôme de lésion osseuse, ensuite la marche de la pachyméningite n'est pas la même; cette maladie débute par des douleurs fulgurantes qui durent pendant dix, quinze, vingt jours, puis apparaît très rapidement une atrophie des masses musculaires correspondantes.

Peut-on penser à un tubercule caséeux localisé dans la moelle, donnant lieu à une myélite circonscrite d'abord, diffusée ensuite? Cette hypothèse est peu soutenable. Quand il y a un tubercule dans une moitié latérale de la moelle, on observe des phénomènes très nets d'hémiparaplégie, avec paralysie motrice et hyperesthésie du côté du tubercule, anesthésie du côté opposé. Or vous savez que notre malade présente une intégrité presque complète de la sensibilité, et que, de plus, la paralysie a été d'emblée bilatérale, quoique avec prédominance à droite.

Un seul diagnostic reste admissible, celui qui attribue tous les phénomènes à une méningo-myélite tuberculeuse diffuse provoquée par le développement de granulations sur la pie-mère.

Ici je développerai quelques considérations anatomiques. La vascularisation de la moelle s'effectue par deux ordres de vaisseaux; il y a une artère spinale antérieure unique, tandis que le système artériel postérieur est double, il y a deux artères spinales postérieures qui donnent aux cornes et aux racines postérieures. L'irrigation vasculaire est donc moins abondante en avant qu'en arrière, et, de plus, les faisceaux radiculaires ne sont pas aussi largement irrigués que les cornes.

Dans son évolution, la tuberculose spinale est calquée sur la cérébrale. Les tubercules se localisent d'abord sur les petits vaisseaux artériels, et c'est le long de ces vaisseaux que se déposent les granulations. Il y a infiltration des gaines lymphatiques et ensuite exsudats subinflammatoires infectieux. L'affection est donc initialement vasculaire, et ce n'est qu'ensuite qu'il y a inflammation de la séreuse; il se passe là la même chose que quand la tuberculose se développe autour des vaisseaux cérébraux, autour de la sylvienne, par exemple. Quand les vaisseaux ont été enflammés pendant un certain temps, il y a un moment où il se produit une oblitération plus ou moins complète, des congestions locales, des stases. Il y a donc un double processus, d'abord inflammatoire, ensuite nécrobiotique par suppression de l'afflux du sang.

Appliquons ces considérations à l'histoire de notre malade. Au début, il a eu quelques troubles circulatoires, de là la claudication intermittente, les fourmillements; la moelle est encore saine, mais elle est mal irriguée.

Brusquement, l'oblitération des artères devient plus ou moins complète et alors il y a suppression fonctionnelle des centres spinaux. Ce sont presque toujours les centres moteurs qui sont touchés et cela tient probablement à ce que, comme je vous l'ai dit, l'irrigation artérielle antérieure est beaucoup moins riche que la postérieure.

A ce moment de la maladie le centre gris est surexcité; d'où l'exagération des réflexes, la trépidation épileptoïde, les crampes musculaires. Au-dessus de la zone malade il y a hypérémie de la moelle saine; de là, les douleurs en ceinture, celles de l'épaule, celles au niveau de la racine des membres. A partir de ce moment, la marche devient envahissante et l'affection remonte à la fois dans les méninges et dans la moelle.

En résumé, l'évolution des accidents peut se diviser en trois périodes :

Première période. — Prodromes ; les bacilles pénètrent dans les artères ;

Deuxième période. — Inflammation et oblitération des artères, thrombose : myélite.

Troisième période. — Extension des lésions à la moelle et aux méninges : myélite diffuse, lésions bulbaire et cérébrale, mort rapide.

Deux mots d'historique sur les méningo-myélites tuberculeuses. C'est en 1869 qu'Hayem a communiqué les premiers cas à la Société de biologie.

En 1869-1870, nous relevons les observations de Magnin, viennent ensuite les faits de Liouville, la thèse de Le Bouteillier, deux cas que j'ai recueillis en 1883 et 1885. La maladie est rare. A l'hôpital des Enfants, dans quinze ou vingt cas de méningite tuberculeuse, elle existait à peine une fois.

La tuberculose spinale peut affecter deux formes. Il y a parfois des granulations isolées sans lésions inflammatoires au pourtour ; c'est là une curiosité anatomique que l'on rencontre aux autopsies de phthisies aiguës. Peut-être ces granulations expliqueraient-elles les hyperesthésies que l'on voit parfois survenir dans l'évolution de la maladie, mais ce n'est là qu'une hypothèse.

Dans la forme commune, les méninges cérébrales se prennent généralement les premières, cependant il y a, comme nous venons de le voir, des exceptions.

Tantôt donc la maladie évolue comme une méningite spinale ordinaire, — tantôt elle revêt l'apparence de la myélite ascendante aiguë, — tantôt celle de la myélite subaiguë diffuse.

Je peux vous citer comme exemple du type à forme de méningite rachidienne l'exemple d'un enfant de 12 ans qui, après avoir travaillé toute une journée à une forge en s'exposant au froid le corps en sueur, fut pris d'une rachialgie atroce avec crampes, paraplégie complète en quelques heures et opisthotonos. Je portai le diagnostic de congestion méningo-spinale *a frigore*. Des ventouses scarifiées atténuèrent les douleurs et les mouvements revenaient en partie lorsque la rachialgie reparut ; bientôt se développèrent des phénomènes évidents de méningite cérébrale qui masquèrent les phénomènes spinaux. L'autopsie montra la diffusion de la tuberculose méningée.

Un exemple du deuxième type à forme de myélite aiguë nous est fourni par l'observation d'un garçon de 16 ans, dont l'affection débuta comme une maladie générale. Mal de tête, courbature, douleurs articulaires, épistaxis, fatigue cérébrale. Tout cela dura une huitaine de jours et l'on porta le diagnostic de fièvre typhoïde. Après quelques jours survint une paralysie vésicale qui me mit en éveil parce que le jet de l'urine était nul et la paralysie complète, ce qui est rare dans les fièvres. J'avais raison de me défier, car le lendemain il y avait de la paraplégie et les phénomènes spinaux et bientôt cérébraux ne permirent plus d'hésiter sur le diagnostic à porter.

L'observation que je vous ai exposée aujourd'hui nous donne un cas de la troisième forme qui évolue sans fièvre, tout semblant d'abord être localisé dans la moelle. Si le malade n'avait pas été tuberculeux, le diagnostic aurait été fort difficile.

Dans les différentes formes, la marche est presque toujours identique. Il s'agit d'une granulie primitive ou secondaire qui se diffuse.

On ne peut guère dire si les lésions, chez notre malade, sont plus pro-

noncées en avant qu'en arrière. Dans presque tous les cas que j'ai vus, la lésion tuberculeuse et les exsudats étaient plus accentués postérieurement, bien que cliniquement ils n'aient pas donné de signes. Cela tient probablement à ce que, les phénomènes nécrobiotiques dominant antérieurement, cette partie de la moelle est plus atteinte.

Quand la substance grise est envahie, les réflexes disparaissent, elle est donc intacte dans notre cas.

Le traitement est malheureusement nul. Cependant on peut diminuer les contractures qui causent de vives douleurs par des révulsifs derrière la moelle et par des calmants, le chloral et le bromure de potassium à haute dose.

---

### Hernie inguinale congénitale du côté droit. Cure radicale

Par L.-G. Richelot.

M. T..., 27 ans, vient me consulter le 20 septembre 1888. Il dit avoir une hernie depuis l'âge de 15 à 16 ans. Le testicule n'était pas descendu, ce qui l'a empêché pendant longtemps de porter un bandage. Mais, depuis, la descente de l'organe s'est complétée; il est aujourd'hui dans le scrotum qui est peu développé à la vérité, mais qui n'est pas absolument nul. La glande séminale n'est pas très volumineuse; néanmoins, rien n'indique qu'elle soit sans valeur physiologique.

La hernie est grosse, dit M. T..., comme un petit œuf. Au moment où j'examine la région, le bandage n'ayant pas été mis depuis le matin, elle est parfaitement réduite. Je trouve la paroi abdominale bien conformée; comme il y a peu de graisse, l'exploration de l'anneau est possible à travers les téguments et je le trouve assez étroit pour admettre à peine le petit doigt. Je pense qu'il s'agit d'une pointe de hernie qui reste au-dessus de l'anneau; j'ignore si c'est l'intestin ou l'épiploon.

M. T... me demande l'opération parce qu'il sait que les hernies congénitales sont plus graves que les autres. Il ne souffre pas, mais il est inquiet, tourmenté; étant commissaire à bord d'un transatlantique, il a peur que sa hernie ne progresse et que des accidents n'éclatent au milieu de son service. Et puis, il doit se marier bientôt; il veut à tout prix, pour la circonstance, être délivré de son mal.

On pourrait me dire, d'après ces renseignements, qu'il s'agissait là d'une « opération de complaisance ». — Mais je ne crois pas qu'il y ait complaisance coupable à opérer de bonne heure les hernies congénitales, quand le malade n'est pas encore un hernieux, dans la force du terme, quand il est certain qu'avec une opération simple et bénigne, on supprimera toute chance de hernie dans l'avenir ou tout au moins les dangers spéciaux de la hernie congénitale.

J'ai dit ailleurs et je répète : « L'antisepsie annulant bien des raisonnements subtils, bien des responsabilités imaginaires, la définition des *opérations de complaisance* n'est plus aujourd'hui ce qu'elle était jadis. Si, en présence d'un malade, nous comparons l'importance qu'il attache à l'opération demandée avec le peu de souci qu'elle donne au chirurgien fidèle observateur des procédés modernes, alors nous ne trouvons plus scandaleux d'obéir à certaines « convenances sociales » et nous sommes heureux de pouvoir faire, en toute conscience, un peu plus de bien qu'autrefois. »

L'opération est faite le 22 septembre. J'incise la peau, j'ouvre le conduit vagino-péritonéal et j'aperçois la disposition ordinaire des sacs congénitaux que la hernie n'a pas encore distendus : le cordon enveloppé de son feuillet viscéral et saillant dans la cavité séreuse comme l'intestin dans le péritoine.

Je ne vois ni l'intestin ni l'épiploon.

Me plaçant un peu au-dessus du testicule, je sectionne, à petits coups, le feuillet viscéral, au devant du cordon, je ferme par des fils de catgut en surjet le bout inférieur qui représente la vaginale, je dissèque le bout supérieur en le décollant peu à peu des éléments du cordon, je le poursuis jusque dans le ventre, je le lie circulairement et je le résèque au devant de la ligature. Le conduit étant supprimé, il me suffit d'un point de suture profonde pour rétrécir le trajet inguinal déjà fort étroit.

Suture des téguments au crin de Florence, drainage et pansement iodoformé.

Les suites de l'opération n'existent pas; indolence et apyrexie complètes; réunion primitive. Le malade se lève malgré moi avant le quinzième jour, quitte Paris et s'embarque pour l'Amérique.

J'ai reçu de ses nouvelles au bout d'un mois; il était à New-York et allait revenir en France. Il se plaignait de sentir une certaine impulsion viscérale au-dessus de la cicatrice. La paroi abdominale est-elle un peu faible, et cette faiblesse doit-elle favoriser plus tard la formation d'un nouveau sac? Je pense qu'elle n'existerait pas si, au lieu de 27 ans, M. T... en avait 15, et je vois, dans ce fait, une raison de plus pour opérer de bonne heure les hernies congénitales. Mais rien ne prouve que cette faiblesse locale doive augmenter dans l'avenir, et l'impulsion viscérale devenir suffisante pour entraîner le péritoine et franchir le trajet consolidé par une bonne cicatrice de soutien. Le cas échéant, il sera facile de lutter, par les moyens qu'on jugera opportuns, contre la hernie nouvelle, qui ne sera qu'une pointe de hernie acquise, exempte des complications et des dangers de la hernie congénitale livrée à elle-même.

---

## THÉRAPEUTIQUE

### Cas très grave d'épilepsie. — Guérison par la médication bromurée,

Par M. le docteur C. Jamot.

Il y a une vingtaine d'années, je donnais mes soins à un jeune épileptique, dont l'observation me parut intéressante. Une heureuse fortune vient de me remettre en présence de ce client, qui est aujourd'hui âgé de 35 ans, marié et père de deux garçons.

Nous avons pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de compléter notre première observation; elle donne la mesure de ce qu'on peut attendre de la médication bromurée, lorsqu'on s'adresse à une bonne préparation et qu'on la donne avec persistance.

Voici l'observation :

Au mois de décembre 1868, une famille aisée des environs me fit voir un jeune garçon de 15 ans, d'une intelligence assez développée, mais dénué de mémoire, qui venait d'être renvoyé du petit séminaire de ***, à la suite de circonstances douloureuses que je vais faire connaître.

André V... n'avait jamais eu de convulsions dans son enfance, et jouissait d'une santé habituelle excellente, lorsque, vers l'âge de 11 ans, il reçut un violent coup de bâton sur la tête. Une plaie linéaire de 4 centimètres de longueur avait donné lieu à une perte de sang peu abondante, et la cicatrisation était complète dans les quarante-huit heures. L'enfant ne s'était, cependant, pas rétabli. Il était pâle, triste, distrait, étonné, ahuri. Dix-sept jours après le traumatisme crânien, à huit heures du soir, au moment où il montait sur son lit, il poussa un cri, tomba et se débattit dans une crise d'épilepsie. On le recoucha, et, sans qu'il ait repris tout à fait connaissance, il eut deux autres attaques dans la nuit et laissa aller sous lui.

Deux mois s'écoulèrent, et l'on ne songeait déjà plus aux accidents convulsifs qui avaient été attribués à une *fausse digestion*, quand survint une nouvelle crise, avec morsure de la langue, incontinence d'urine, stupeur consécutive et perte temporaire de la mémoire. Le traitement de Trousseau par la belladone fut institué, mais on le cessa six semaines après, car vingt-trois attaques d'épilepsie apparurent dans cet intervalle! A partir de ce moment, et dans l'espace d'un an, on recourut tour à tour au valérianate d'ammoniaque, aux préparations de zinc, aux bains de rivière, au *galium album*, à la teinture de digitale et à des globules homœopathiques de *nux vomica;* mais l'état de la névrose s'aggrava constamment, à ce point que la mère de l'enfant avait pu compter, dans le cours d'un mois, 85 éblouissements vertigineux, 11 petits accès et 17 grandes attaques! La raison résistait encore à toutes ces secousses; mais la mémoire, la gaieté et l'activité se perdaient chaque jour davantage.

Le bromure de potassium ferrugineux fut administré en vain, et le bromure de potassium belladoné ne détermina aucun résultat favorable. Le bromure de potassium, prescrit seul, à la dose de 1, 2 et 3 grammes, donné en solution, provoqua des crampes d'estomac, de l'inappétence, de la diarrhée et de l'amaigrissement. On en cessa l'usage au bout de trois mois.

Le 27 octobre 1870, André V..., qui n'avait pas quitté son lit depuis sept mois, afin d'éviter toute chute capable de déterminer une blessure à la tête ou ailleurs, et qui ne suivait plus de traitement, eut un si grand nombre de crises convulsives dans un espace de huit à neuf heures, que je pratiquai une saignée du bras, et que j'annonçai à la famille des phénomènes asphyxiques susceptibles d'amener la mort d'un instant à l'autre. Il n'en fut rien heureusement. Les attaques se suspendirent et cédèrent la place à un état de résolution complète et de sommeil profond. A son réveil, le malade était hébété, égaré et stupide; sa bouche était sanglante et sa langue était littéralement dentelée aux deux bords latéraux et à la pointe.

Prié d'intervenir de nouveau, je prescrivis le surlendemain une cuillerée à soupe de sirop de Henry Mure au bromure de potassium chimiquement pur et aux écorces d'oranges amères, et, bien que ce médicament m'eût déjà réussi contre l'hystérie et la chorée, j'avoue que je n'espérais pas beaucoup cette fois dans son efficacité. Que pouvais-je bien conseiller?

A ma très grande satisfaction, André V... se ranima promptement, reprit de l'appétit, de la force et de l'embonpoint. Je donnai, au bout de vingt-deux jours, deux cuillerées par jour de la préparation bromurée, et je vis cesser les grandes attaques, mais persister les éblouissements et le petit mal épileptique.

En mai 1871, le malade n'avait plus d'éblouissements depuis deux mois, c'est-à-dire depuis le jour où le sirop au bromure avait été porté à la dose de trois cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures — ce qui représentait 6 grammes de potassium — et j'insistai cependant pour que le traitement fût continué quand même.

Le 5 octobre, sans que l'on me demandât avis, le médicament fut supprimé.

Le 3 novembre, en revenant avec son père d'une partie de chasse, André V... eut une attaque d'épilepsie de moyenne intensité. Je fus rappelé. J'administrai de nouveau la préparation bromurée qui avait si bien réussi, et, depuis treize mois, il n'est plus rien survenu. La santé physique est parfaite; l'état de la raison ne laisse rien à désirer, et la mémoire est moins infidèle que par le passé.

André V... a maintenant un peu plus de 19 ans.

Là se terminait notre première observation. Depuis cette époque, André V... n'a pas eu à nouveau de grandes attaques; il a eu simplement de légers troubles, éblouissements, dans les premiers mois de son mariage. Mais, se souvenant de mes recommandations, il a, de lui-même, repris le sirop au bromure à la dose de deux cuillerées à bouche, par jour, pendans trois mois. Les éblouissements ont disparu.

Je disais, en terminant ma première communication : « Maintenant, le malade est-il guéri? Tout le monde le croit et le dit. Je fais cependant des réserves; j'attends, mais ma sécurité est grande. » Aujourd'hui, je ne pense pas manquer de prudence en considérant cette observation comme un cas très remarquable de l'action bromurée.

---

## De l'emploi du Lactucarium,

Par M. le docteur Delmis.

Il est un certain nombre de médicaments qu'un engouement un peu irréfléchi a fait négliger pour les alcaloïdes, les glucosides et les produits dérivés du goudron dont la chimie a récemment enrichi la thérapeutique. Le premier moment d'enthousiasme passé, la plupart des praticiens sont sagement revenus aux préparations qui, depuis longtemps, avaient fait leurs preuves. Au nombre de ces dernières se trouve le Sirop de Lactucarium d'Aubergier, si efficace contre les rhumes, les bronchites, les toux nerveuses et spasmodiques, qui tiennent à l'irritabilité de l'arbre trachéo-bronchique.

Le médecin, heureusement pour lui et pour l'humanité, n'est pas uniquement appelé à soigner des maladies graves où la vie est immédiatement en péril et où son intervention doit être énergique; il est souvent consulté pour des indispositions légères qu'il doit empêcher de s'aggraver, ou bien il doit remédier à un symptôme morbide, peu dangereux par lui-même, mais susceptible d'exaspérer la maladie principale.

Qu'un enfant, au moment de l'évolution dentaire, soit pris d'une de ces toux quinteuses à caractère laryngé, le premier devoir du médecin sera de calmer ces quintes sous peine de les voir dégénérer en véritable bronchite et même d'ouvrir la porte au bacille de la pneumonie. Qu'un phthisique pris de toux opiniâtre vomisse ce qu'il vient de manger, que le repos de ses nuits soit troublé par la violence même des quintes, et la maladie principale en recevra un fameux coup de fouet.

Et les arthritiques, les asthmatiques, les emphysémateux, les cardiaques, combien leur affection n'est-elle pas aggravée par la fatigue de la toux, que le médecin doit combattre de prime abord!

Pour des syndromes aussi complexes que la toux et l'insomnie, que tant da causes peuvent provoquer, les médicaments simples, univoques, ne conviennent pas ou doivent être employés à des doses énormes. Sans vouloir contester la supériorité fréquente des alcaloïdes sur les extraits, il est cependant un grand nombre de cas où ces derniers sont à juste titre préférés par les praticiens. C'est ce qui fait que l'on emploie les préparations de digitale plutôt que les digitalines, que la méco-narcéine, dont M. Laborde entretenait dernièrement l'Académie de médecine, est bien plus active que la narcéine presque inerte; enfin, pour parler du dernier venu dans cette série, que l'extrait de strophantus inspire plus de confiance que la strophantine (1).

La même raison explique la supériorité du Sirop de Lactucarium d'Aubergier, malgré la quantité très faible d'opium qu'il contient et qui serait absolument inefficace si elle était employée seule. Le savant et persévérant doyen de la Faculté des sciences de Clermont, qui, à force de recherches et d'essais, est parvenu à cultiver en grand, dans les plaines de la Limagne, la laitue vireuse (*Lactuca virosa altissima*), a passé une partie de son existence à démontrer les propriétés calmantes et adoucissantes de cette plante.

(1) Bucquoy, *Académie de médecine*, séance du 8 janvier 1889.

L'Académie de médecine finit par se rendre à l'évidence et approuva cette préparation qui fut inscrite au Codex de 1862. Bien rares, on le sait, sont les formules pharmaceutiques qui ont obtenu cette suprême consécration.

Mais il est nécessaire que le Lactucarium soit préparé avec des précautions spéciales très minutieuses qui ne sont nullement observées pour le Lactucarium du commerce que l'on cherche à obtenir avant tout à bon marché (1). Il est indispensable de conserver dans le suc du Lactucarium tous les principes correctifs qui exaltent les propriétés de l'opium tout en diminuant ses effets irritants. Aussi le Sirop d'Aubergier possède-t-il les propriétés calmantes et sédatives de l'opium, sans provoquer aucun des symptômes de congestion cérébrale, de constipation ou d'inappétence, ce qui lui permet d'être parfaitement toléré par tous les tempéraments.

Ainsi que le disait, un jour, un de nos maîtres en thérapeutique, le docteur Jules Simon, médecin de l'hôpital des Enfants, c'est un excellent médicament de la coqueluche et du faux croup des enfants. Employé au début des rhumes, il fait cesser toute irritation et fait merveille, comme calmant nocturne, là où les opiacés eux-mêmes échouent ou produisent mauvais effet, ainsi que l'ont démontré les expériences (2) de M. Deschamps (d'Avallon) et de Debout.

En somme, c'est une excellente préparation que les praticiens ont eu raison de continuer à prescrire en dépit de l'avalanche des nouveautés thérapeutiques, parce qu'elle agit selon les préceptes de l'ancienne médecine, *cito, tuto et jucunde.*

---

## De quelques nouvelles médications.

Evacuation des sécrétions morbides hors du larynx obtenue au moyen des injections forcées d'eau, par le docteur Ludwig Lœwe. (*Monats. fur Oherenheilkunde*, 1888, 5, et *Revue hebdomadaire de thérapeutique*.)

Dans les cas de tuberculose du larynx, il s'accumule habituellement dans cet organe un mucus visqueux, qui s'amasse surtout dans le voisinage de la commissure antérieure, et que le malade ne parvient qu'à grand'peine ou pas du tout à expectorer, au prix d'efforts de toux très pénibles. Ce mucus constitue un milieu de culture très propice au développement du bacille de la tuberculose.

Il importe donc d'en débarrasser le larynx. Pour atteindre ce résultat, M. Lœwe a imaginé de faire dans le larynx des malades, des irrigations d'eau tiède, pure, ou tenant en dissolution, soit du chlorure de sodium (1/2 p. 100), soit du sublimé (1/4 p. 1,000), soit de la créoline (1/4 p. 1,000). Ces irrigations se font sous pression forcée. La quantité de liquide nécessaire pour opérer un lavage complet du larynx est évaluée, par l'auteur, à 100 ou 150 grammes. Mais cette quantité doit être injectée en plusieurs temps, séparés par de courts intervalles, et par portions de 40 à 50 grammes. En examinant le liquide retiré après chacune de ces irrigations partielles, on est à même de juger si le résultat désiré a été obtenu. Il n'y a pas à craindre, affirme l'auteur, que le liquide injecté pénètre dans les poumons, l'occlusion de la glotte s'y oppose.

Ces irrigations procurent aux malades un soulagement passager de quelques heures. Après chaque séance, la voix est devenue plus claire, jusqu'à ce qu'une certaine quantité de mucus se soit de nouveau accumulée dans le larynx. Naturellement ces lavages devront être répétés tous les jours, et plusieurs fois dans le courant d'une même journée.

L'auteur pense que ces injections pourront être employées avec succès pour l'extraction des corps étrangers du larynx.

---

(1) Le Lactucarium, obtenu par incision des tiges de la *Lactuca virosa altissima,* revient à 300 francs le kilogramme. Le Lactucarium du commerce, préparé à chaud avec toute la laitue ordinaire, coûte 20 francs, mais est complètement inerte.

(2) *Compendium* de Deschamps (d'Avallon), p. 312, et *Matière médicale et thérapeutique* de Bouchardat, p. 70.

Eclampsie puerpérale, par Veit. (*Gazette médicale de Liège*, 1888, 10.)

L'auteur a recours à la narcose opiacée pour combattre l'éclampsie. D'abord 3 à 4 centigrammes de morphine, puis de plus petites doses, mais suffisantes pour entretenir la narcose morphinique. Dans un cas urgent, on emploierait d'abord les inhalations de chloroforme. L'hydrate de chloral serait aussi bon que la morphine, dit Veit. En même temps, on provoque une abondante diaphorèse, suivant la méthode de Liebermeister, et l'on a soin de ne pas employer dans ce but la pilocarpine qui exerce une action déprimante sur le cœur, d'où symptômes de collapsus.

Tous les cas, dit Veit, même les plus graves, d'éclampsie, traités à temps à l'aide de la narcose morphinique et de la diaphorèse, ont guéri sans exception, que l'éclampsie ait débuté avant, pendant ou après l'accouchement.

De l'éthylate de soude dans le traitement du lupus de la face, par A. Taylor. (*British medical Journal*, 1888, et *Bulletin de thérapeutique.*)

L'auteur a employé en applications locales le produit qu'il préconise. Sur la plaque de lupus, il fait arriver de l'éthylate de soude à l'aide d'une sorte de chalumeau en verre, terminé par une pointe très fine. Cette application est renouvelée pendant trois jours de suite.

Deux ou trois jours après l'application de ce léger caustique, les surfaces lupiques sont recouvertes d'une croûte fine et sèche, qui se détache facilement d'elle-même ou qu'on enlève à l'aide d'une pince à dissection. Au-dessous de la croûte, on trouve une surface parfaitement saine.

Le grand avantage que présente cette nouvelle méthode (applicable seulement au traitement des petites plaques récentes peu profondes, presque érythémateuses) sur le grattage ou la scarification, c'est que la méthode est indolore.

L'application n'exige guère que deux ou trois minutes, pendant lesquelles le patient ressent une sorte de picotement qui ne dure que quelques minutes.

La petite eschare enlevée, il ne reste à sa place qu'un tissu parfaitement sain, sans cicatrice, et le malade n'a pas à déambuler avec un pansement sur le visage.

On pourra donc, dans les cas de lupus au début, alors que l'envahissement du tissu dermique n'est encore que superficiel et très limité, recourir à la méthode de Taylor, que nous croyons réservée et réservable uniquement pour ces cas.

Irritation atropinique, par Treacher Collins. (*London ophthalmic hospital Reports.*)

Cette irritation se rencontre plus fréquemment chez les vieillards. Elle peut apparaître après une ou deux instillations ou se montrer seulement après un mois de traitement.

Il ne faut incriminer ni les agents septiques, ni la présence d'acides libres, et il y a là une prédisposition personnelle.

On peut provoquer de l'irritation atropinique en faisant absorber le médicament en un point quelconque du corps. Les accidents sont calmés momentanément par la pilocarpine.

L'auteur pense que les micro-organismes qui se trouvent à la surface de la conjonctive sont constamment entraînés par les liquides sécrétés. Lorsque ces sécrétions sont arrêtées, facilement les microbes agissent. C'est ainsi que l'irritation surviendrait quand les voies lacrymales ne fonctionnent pas, quand on applique des bandages sur l'œil. Collins a vu des accidents après l'application d'un bandage seul et avec l'atropine, cette dernière sans bandage étant bien supportée. — P. R.

## FORMULAIRE

Collyre pour l'extraction de la cataracte. — Galezowski.

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate de cocaïne ......... | 0 gr. 50 centigr. |
| Eau distillée .................... | 10 grammes. |

Faites dissoudre. — Cette solution doit être tout à fait neutre. — Dans l'œil sur lequel on doit pratiquer l'opération de la cataracte, on instille une goutte de ce collyre, toutes les deux minutes, et on répète cinq fois l'instillation. A ce moment, l'anesthésie est complète et se prolonge pendant plusieurs heures. De plus, les sensations de gravier, de picotements et de tension douloureuse que ressentent les malades, pendant les trois ou quatre premières heures qui suivent l'opération, ne s'observent point, ou sont beaucoup moins intenses. — N. G.

## COURRIER

Inspection des Enfants Assistés. — Le Conseil supérieur de l'Assistance publique vient de s'occuper de l'extension des attributions des inspecteurs des Enfants Assistés.

Un premier rapport a été fait à M. le directeur de l'Assistance publique. Ce rapport constate que, faute d'agents spéciaux, les préfets ne peuvent exercer qu'un contrôle très limité sur les services de l'Assistance. La gestion financière seule leur est soumise, mais elle ne leur fournit pas les moyens de voir si la répartition des secours est faite d'une façon équitable et intelligente ; si les conditions hygiéniques sont bien observées dans les hôpitaux, etc. Il propose, en conséquence, que l'inspecteur des Enfants Assistés, agent placé sous l'autorité du préfet et déjà préparé à une fonction plus étendue par ses relations avec le personnel de l'Assistance, voie ses attributions s'étendre — avec les accroissements d'appointements qu'elles comporteront.

Le second rapport, fait par M. le docteur Thulié, soutient la même thèse en citant quelques exemples d'irrégularités ou de mauvais fonctionnement des hôpitaux, que l'autorité préfectorale ne peut connaître, faute d'un service de contrôle.

Le Conseil a adopté un projet d'avis d'après lequel « les inspecteurs des Enfants Assistés deviendront inspecteurs départementaux de l'Assistance publique, exerçant, sous l'autorité du ministre et la surveillance des inspecteurs généraux, les attributions qu'exercent les inspecteurs généraux sur le territoire entier. »

La question des appointements a été réservée jusqu'à nouvel ordre. (*Bull. méd.*)

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Pitres, professeur de clinique interne, es nommé, pour trois ans, à partir du 16 janvier 1889, doyen de ladite Faculté.

Société de médecine de Paris. — Nous rappelons à nos lecteurs que la Société de médecine de Paris décernera le prix Duparcque pour 1889 au meilleur travail, *manuscrit et inédit*, sur un sujet quelconque de pathologie chirurgicale. Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1889.

Le prix sera de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

Nécrologie. — MM. les docteurs Connétable (de Pierrefonds), Dallidet (de Bordeaux), Gondrau (de Viviers), Hamel (de Nogent-le-Rotrou), Moitessier (de Montpellier), Peytral, médecin-major en retraite.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Anomalies vaccinales

Par le docteur COMMENGE

### AVANT-PROPOS

Tous les médecins qui se sont occupés, d'une façon active et sérieuse, de vaccinations et de revaccinations ont eu à constater, plus d'une fois, certaines anomalies qui ont pu troubler leur quiétude et déranger l'équilibre des théories et des systèmes qu'ils ont adoptés.

Quelques-uns n'ont voulu voir que les accidents sérieux qui pouvaient être la conséquence d'une vaccination faite dans de mauvaises conditions ; d'autres, au contraire, ne veulent admettre, à aucun prix, que la vaccine puisse être nuisible, quelle que soit la source où elle aura été puisée, que que soit le *modus faciendi* qui aura été mis en pratique.

L'exagération dans les deux sens peut être funeste. Il est bon d'observer avec calme, sans parti pris, et lorsque se produisent des accidents qui ne rentrent pas dans le cadre de l'évolution vaccinale normale, il faut essayer de suivre, avec soin, les phénomènes qui se manifestent pour en tirer, après mûre réflexion, les conséquences logiques qui semblent en découler.

Il ne sera pas inutile, au milieu des assertions contradictoires, de consulter les hommes qui ont fait, à leur époque, autorité dans les questions de vaccination.

Les idées modernes, au point de vue de la contagion des maladies, pourront être en opposition avec celles des hommes distingués qui nous ont précédés ; elles nous porteront peut-être à trouver leurs opinions exagérées. Il sera avantageux, à tous les points de vue, d'examiner ce qui semble rentrer dans les théories raisonnables et de repousser les assertions douteuses, quelle que soit la renommée dont a joui le médecin qui les a émises autrefois.

Il ne faut pas oublier que les progrès de la science se font régulièrement, mais lentement, et que les théories qui nous semblent hasardées aujourd'hui, avaient autrefois leur raison d'être.

Dans les trente dernières années que nous venons de traverser, la vaccine a été l'objet de bien des attaques et ses adversaires, comme ses partisans, ont eu à lutter avec une égale vigueur. La vaccine est sortie triomphante de toutes ces luttes et ses adeptes convaincus ont su démontrer qu'à côté de certaines imperfections et de certaines incertitudes, elle reste un grand bienfait pour l'humanité.

Tout n'a pas été dit sur la merveilleuse découverte de Jenner. Il est donc utile que les hommes de bonne volonté signalent au corps médical

les faits qui ne leur semblent pas rentrer dans le cadre régulier de la vaccination.

On a cherché, bien des fois, à mettre sur le compte de la vaccine des accidents syphilitiques observés; mais, le plus grand nombre des faits signalés n'a pas démontré la véracité de toutes ces accusations. Il n'est plus permis de repousser la possibilité d'accidents syphilitiques survenus à la suite d'une vaccination; mais, ce qui résulte des faits publiés, c'est qu'on a mis trop souvent sur le compte de la vaccine des accidents qui ne devaient pas lui être attribués; il est démontré aussi que, dans bien des circonstances, on a pu, de bonne foi, attribuer à la syphilis des symptômes qui n'avaient rien de commun avec cette redoutable maladie.

C'est à ce point de vue spécialement qu'il m'a semblé utile de publier l'ensemble des faits constatés par moi à la suite d'une vaccination faite à la mairie du IVe arrondissement de Paris.

I

Les accidents survenus à la suite d'une vaccination plus ou moins bien faite ont été observés à toutes les époques et signalés par les médecins qui ont eu à pratiquer des vaccinations nombreuses.

Jenner signale des boutons de vaccine se transformant souvent en ulcères rongeants, en ulcères profonds, avec phénomènes inflammatoires et accidents érysipélateux. Il semble croire que les accidents se produisent dans la vaccine contractée directement par le cow-pox.

Il pense que le pus qui se forme dans ces ulcères ne peut communiquer la vaccine qu'autant qu'il est mêlé à une certaine quantité de sérosité limpide qui se forme dans la vésicule. Ces deux fluides sont probablement le résultat de deux sécrétions différentes, et le pus pur est incapable de produire la maladie (1).

Le docteur Sacco, qui observait en Italie, à l'époque où Jenner observait dans le duché de Glocester, signale des ulcérations phlegmoneuses survenant après des vaccinations et, comme Jenner, il admet que ces accidents se produisent spécialement lorsque la vaccination se fait par l'inoculation directe de la vache à l'enfant.

Husson (2) dit que les ulcérations arrivent quelquefois dans la vaccine inoculée de bras à bras, soit qu'on ait fait des incisions trop profondes, soit qu'il y ait une prédisposition spéciale chez les sujets lymphatiques, soit que l'insertion vaccinale ait été faite au moyen des vésicatoires. Il montre, dans ces différents cas, des accidents érysipélateux ou phlegmoneux et des engorgements ganglionnaires comme conséquence de l'inoculation vaccinale.

Il cite plusieurs exemples, à l'appui de ces assertions.

Husson (3) mentionne, en outre, des faits signalés par différents auteurs.

Le docteur Odier, dit-il, a vu aussi une vaccine fausse produite sur un enfant, pour la vaccination duquel on avait employé du vrai vaccin *dans un état purulent*. Il l'annonce dans l'instruction qui fut imprimée par ordre du préfet du Leman et recommande de ne plus prendre la matière dans les boutons, lorsqu'ils tournent à la purulence.

(1) Further : *Observations of the variolæ vaccinæby E. Jenner*, 1799.

(2) *Recherches historiques et médicales sur la vaccine*, p. 115 à 121.

(3) *Ibid*, p. 86 et 87.

Bland, chirurgien à Newak en Nottingham-Shire, rapporte (1) l'observation de deux enfants inoculés avec de la matière vaccinale en état purulent : l'un eut une inflammation érysipélateuse qui, des deux piqûres, s'étendit sur tout le corps, et en mourut. Un autre n'eut qu'à une seule piqûre l'apparence érysipélateuse qui a, de même, gagné tout le corps.

En parlant de la fausse vaccine, Husson (2) dit qu'elle peut être produite par le fluide vaccin trop avancé et parvenu à l'état purulent. Il assure qu'on peut, à volonté, produire la vaccine légitime ou la fausse vaccine.

Plus loin, Husson (3) signale le fait de pustules se creusant et déterminant des ulcérations difficiles à guérir : c'est avec raison qu'il signale les enfants lymphatiques comme disposés à ces accidents. Husson (4) admet enfin que le vaccin pris chez des sujets atteints de rachitis, de scrofule, de syphilis, de tubercules, d'éruptions classiques du cuir chevelu, de dartres, etc., ne donne jamais que le vaccin et pas d'autres affections.

Au point de vue de la contagion des affections diathésiques, les idées se sont modifiées, d'une façon radicale, depuis l'époque où Husson publiait son travail. Aujourd'hui, aucun médecin n'oserait plus prendre du vaccin sur un enfant atteint d'une affection diathésique, sachant à l'avance à quels tristes mécomptes il pourrait s'exposer!

## II

Dans un travail publié en 1843 (5), le docteur Gillette cite une série d'anomalies vaccinales; il dit, dans un paragraphe : « On a vu l'ulcération des boutons vaccins durer pendant vingt jours et plus longtemps, et même une ulcération de cette nature dura quatre mois. »

Bousquet, dans son Traité de la vaccine (6), partage les idées d'Husson : « On a pris, nombre de fois, par ignorance et quelquefois à dessein, du vaccin sur des enfants actuellement atteints de syphilis. Qu'est-il arrivé? Le vaccin s'est toujours reproduit dans toute sa pureté et sans causer aucun accident qui pût faire soupçonner la source impure où l'on avait puisé.

Qu'on se persuade donc bien que, de la même manière que le virus de la rage ne peut donner que la rage, le virus de la syphilis, la syphilis, etc., de même aussi le virus vaccin ne saurait communiquer que la vaccine, la vaccine tout seule, sans complication, sans mélange d'aucune espèce, ni bon ni mauvais. »

Les opinions de Bousquet n'ont plus que quelques rares partisans. L'inoculation de la syphilis par le vaccin mélangé à du sang de syphilitique est regardée comme possible par le plus grand nombre des médecins.

Les expériences du docteur Cory (de Londres) paraissent même avoir démontré que la lymphe vaccinale, non mélangée à du sang, prise sur un sujet syphilitique, peut donner la syphilis (7).

---

(1) Bibl. Brit., t. XVI, p. 298.

(2) Page 104.

(3) Page 404-405.

(4) Page 414.

(5) *Journal de médecine*, t. I, p. 339.

(6) *Nouveau Traité de la vaccine et des éruptions vaccinales*, 1848, p. 231.

(7) *On docteur Cory's experiments in vaccinating himself pore syphilitic children* (in *Medical report of the local government board*, 1882-83. (London, 1883, p. 46.)

Le résumé en a été très bien fait par M. le docteur Vallin dans la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*, 7e année, p. 170, 171, 172.

Pour beaucoup de médecins, ce fait unique paraîtra bien faible cependant pour entraîner une conviction absolue. On sera surpris que trois inoculations aient échoué et que la quatrième seule ait réussi. On pourra se demander si la sérosité parfaitement limpide, *qu'on avait recueillie non sans peine et qui n'avait pas de trace appréciable de sang*, n'en contenait pas en réalité. On opposera à ces expériences celles du docteur Delzenne, qui multiplia sur lui-même des inoculations vaccinales avec du vaccin pris sur des femmes syphilitiques de Saint-Lazare et qui n'arriva jamais à obtenir des accidents syphilitiques. Les expériences du docteur Delzenne ont joué un trop grand rôle dans les discussions de l'Académie de médecine en 1869, pour qu'il ne soit pas nécessaire de les rappeler ici.

Quel que soit le jugement porté sur le fait de M. le docteur Cory, il n'en mérite pas moins de fixer l'attention de tous les médecins qui devront se souvenir qu'un seul fait positif annihile des centaines de faits négatifs.

Dans un autre passage de son livre (1), à propos de la fausse vaccine, Bousquet dit : « J'ai vacciné à dessein, avec des lancettes sales, mal effilées, rouillées, et lorsque j'ai usé du bon vaccin, j'ai toujours produit la bonne vaccine. »

Il y a dans cette phrase de quoi faire frémir les médecins de la génération actuelle, qui prennent un soin si minutieux pour ne faire aucune opération, tant minime soit-elle, sans chercher les meilleures conditions d'asepsie. Que les temps sont changés ! Combien la conduite de Bousquet paraît étrange avec les idées actuelles sur la transmission des affections les plus graves par les instruments de l'opérateur ! Bousquet ne soupçonnait pas qu'on arriverait après lui, à prendre les précautions les plus minutieuses pour que la lancette soit intacte après chaque opération.

## III

La remarquable discussion de l'Académie de médecine (juin, juillet, août et septembre 1869), sur les accidents syphilitiques consécutifs à des inoculations vaccinales et sur l'utilité d'employer le vaccin de génisse, bouleversa les idées de Bousquet.

Le directeur de la vaccine, à cette époque, Depaul, apporta à détruire les illusions de ses prédécesseurs, une énergie, un entrain et une éloquence rares. L'adversaire le plus opiniâtre de Depaul, dans cette discussion, J. Guérin, qui n'admettait ni la dégénérescence du vaccin jennérien ni la possibilité de la transmission d'accidents syphilitiques par l'inoculation vaccinale dit, dans un de ses discours (séance du 13 juillet 1869), à propos des anomalies vaccinales : « La vaccine est susceptible de subir certaines substances morbigènes qui en altèrent la physionomie et substituent à son évolution normale un travail ulcératif plus ou moins compliqué et dont l'aspect offre, parfois, les apparences de la syphilis. Mais, les cas de cette sorte, outre qu'ils ne peuvent être rapportés à l'origine syphilitique, ne se comportent, ni dans leur évolution, ni dans leur traitement, suivant les lois de la pathogénie et du traitement de la syphilis. »

Ces sages réflexions pourraient s'appliquer aux accidents qu'il m'a été donné d'étudier et que je mentionne plus loin.

Des faits nombreux d'anomalies vaccinales sont consignés dans les rapports annuels de l'Académie de médecine sur la vaccine.

(1) Page 84.

Dans le rapport sur les vaccinations de 1871, page 132, nous trouvons la mention suivante qui mérite d'être insérée intégralement :

« Chacun sait qu'il est des cas où, en dehors de toute prévision, la vaccine ne suit pas son évolution ordinaire et où, comme l'expose M. Gallard, la pustule vaccinale se transforme en une ulcération arrondie, plus ou moins étendue, à bords taillés à pic, qui s'entoure d'une auréole rougeâtre inflammatoire et peut devenir le point de départ, soit d'un phlegmon, soit d'un érysipèle. Ces complications qui n'avaient pas échappé à Jenner, ont été fréquemment signalées. Néanmoins il peut arriver qu'on les confonde avec des ulcérations vénériennes, comme cela a été fait pour les cas rapportés par M. Lalagade d'Albi, lesquels, déclarés syphilitiques par plusieurs médecins, ont été bien et dûment reconnus pour des symptômes de vaccine anomale. »

Dans le même rapport (1) se trouvent cités des faits d'anomalie vaccinale signalés par M. le docteur Le Duc : « Deux fois M. Le Duc a pu voir se produire un accident qu'il considère comme le résultat d'un tempérament lymphatique et scrofuleux ; chez deux petites filles âgées, l'une de 4 mois, l'autre de 10 mois, le sixième jour après l'inoculation, les boutons, au lieu de prendre l'aspect franchement pustuleux, se sont creusés pour laisser des plaies blafardes, profondes, à bords découpés, très légèrement découpés à leur pourtour. »

Dans le rapport sur les vaccinations de l'année 1872 (2), je trouve mentionné le fait suivant d'anomalie vaccinale : « Le sujet vaccinifère, âgé de 2 mois, était un superbe enfant jouissant et ayant toujours joui d'une bonne santé ; il n'a jamais présenté de trace de syphilis ou d'autres maladies contagieuses. Le quatrième jour de la vaccination apparut à chacune des piqûres un bouton aplati, de forme irrégulière, qui, le huitième jour, avait acquis la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 1 franc. Ce bouton, ou plutôt cette plaque blanchâtre, était irrégulière, sans aréoles, entourés d'une rougeur vive avec induration de la peau de tout le bras, engorgement des glandes axillaires ; la réaction a été vive, caractérisée par la fièvre, des vomissements, le refus de prendre le sein ; chez l'un d'eux, l'inflammation du bras a été telle que j'ai été obligé d'employer pendant quelque jours des cataplasmes de fécule. La pustule n'a pas laissé former de croûtes sur les bras ; elle s'est détergée en laissant des ulcérations blafardes, comme on en observe dans les plaies de certains vésicatoires. La guérison de toutes les plaies était complète au bout de quinze jours à trois semaines, sans l'emploi d'aucun moyen interne ou externe. Les cicatrices ne sont pas gaufrées comme celles qui résultent d'un vaccin ordinaire. » (*A suivre.*)

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 février 1889. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Tumeurs dermoïdes. — Hernie crurale étranglée. — Extirpation d'anévrysme. — Stérilisation des instruments.

M. Kirmisson fait un rapport sur des observations de kystes dermoïdes. Deux ont été

(1) Page 182.
(2) Page 186.

envoyées par M. Masse (de Bordeaux). Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui était porteur d'une tumeur, grosse comme un pois, de la région interfessière. Cette tumeur s'étant enflammée et ayant beaucoup grossi, l'incision fit écouler un liquide blanchâtre et il y eut récidive. Une incision nouvelle permit de remarquer que le contenu renfermait des gouttelettes huileuses et fut suivie de guérison.

La deuxième observation se rapporte à un jeune homme de 25 ans, présentant sur la partie latérale gauche du cou une tumeur, de la grosseur d'une amande, siégeant entre l'angle de la mâchoire et la grande corne de l'os hyoïde. On fit l'incision et l'extirpation. Le contenu épais renfermait des poils et l'examen histologique confirma le diagnostic. M. Masse rattache ce kyste aux fentes branchialos et son opinion est justifiée.

La troisième observation est de M. Chavasse (du Val-de-Grâce). Un homme de 28 ans se présenta avec une tumeur, de la grosseur d'une noix, s'implantant sur la membrane hyo-thyroïdienne. L'extirpation permit de constater que les parois étaient formées de tissu conjonctif et d'une couche d'épithélium pavimenteux, tandis que le contenu ne renfermait pas de poils. Il n'y avait ni glandes, ni papilles. Il s'agit là non d'un véritable kyste dermoïde, mais d'un kyste branchial de la première fente.

M. Lannelongue rappelle que les kystes dermoïdes peuvent ne pas contenir de poils. Dans l'observation de M. Chavasse, il s'agit d'un de ces kystes qu'il a appelés *mucoïdes*. M. Quénu a proposé d'appeler ces tumeurs, kystes dermoïdes cutanés et kystes dermoïdes muqueux. M. Lannelongue combat ces dénominations, car l'expression dermoïde ne peut se rapporter qu'à la peau.

M. Quénu fait remarquer que le sens du mot derme s'est étendu et qu'on appelle ainsi toute portion du tégument dépouillé de son revêtement épithélial ou épidermique.

M. Trélat croit aussi que l'on peut dire kystes dermoïdes muqueux.

M. Anger fait un rapport sur une observation de M. Martinet, relative à un cas de hernie crurale étranglée avec gangrène et résection de l'intestin. La malade était une femme de 58 ans dont la hernie était étranglée depuis quatre jours. L'opération montra que le sac et l'intestin étaient gangrénés. On réséqua 10 à 12 centimètres et on réduisit après suture, ce qui permit l'issue d'un liquide fécaloïde. Il s'échappa des gaz et des matières intestinales le troisième jour; malgré cela, la guérison eut lieu après l'évacuation de deux abcès.

M. Anger a vu plusieurs fois un liquide noirâtre s'échapper de la cavité péritonéale après l'opération de la hernie étranglée; sa présence résulte probablement des manipulations du taxis, qui sont souvent nuisibles pour l'opération. Cette dernière doit toujours être faite, si des manœuvres légères ne suffisent pas pour la réduction.

— M. Trélat a parlé, dans une des dernières séances, d'une opération d'ablation d'un anévrysme artério-veineux poplité. Les suites de cette extirpation ont été très simples. Un gros drain que l'on avait mis dans la plaie a causé des douleurs très vives en frottant contre les nerfs et on dut l'enlever. La température ne s'éleva pas; il n'y eut pas de troubles de la sensibilité, et la guérison est maintenant complète. Les battements de la tibiale postérieure et de la pédieuse n'existaient pas avant l'opération; ils n'ont pas reparu. Un peu d'œdème apparaît quand le malade a marché pendant quelque temps, et les veines des jambes, qui se sont rétractées, semblent trop larges pour les canaux qui doivent les contenir.

Ce fait est encore un succès à ajouter aux 14 ou 15 déjà connus. La ligature double peut être favorable dans les petits anévrysmes, quand il ne débouche pas de collatérale dans le sac; il ne semble pas à M. Trélat qu'elle doive être conseillée quand des sacs volumineux forcent à placer les fils à une certaine distance l'un de l'autre. En agissant autrement, on s'expose à être forcé de faire des opérations secondaires, une amputation, par exemple, comme dans un fait qui a été adressé par Cauchois. L'incision est à condamner.

— M. Reclus pense que l'on peut avoir de bons résultats par l'incision, quand la poche est molle et peut revenir sur elle-même.

— M. Terrier communique la statistique des opérations faites par lui, en 1888, à l'hôpital Bichat et les résultats que lui a donnés la stérilisation par la chaleur. Les opérations, outre les précautions antiseptiques habituelles, ont toutes été faites après stérilisation des instruments par la chaleur. C'est une manière très pratique et très simple de stériliser, car la température de l'étuve est facile à régler. Les résultats ont été excellents, en particulier dans les opérations pratiquées sur l'abdomen et intéressant le péritoine.

357 opérations ont été pratiquées; elles donnent en bloc 22 décès, soit 6,17 p. 100. Pour les opérations pratiquées sur la tête et la face, il y a eu 2 insuccès : une ablation linguale suivie de septicémie; une trépanation pour accidents épileptiformes d'origine traumatique (une balle et une esquille étant logées dans le cerveau, la mort est survenue un mois après l'intervention par encéphalo-méningite). Un opéré d'empyème est mort de tuberculose. Les opérations sur l'abdomen ont donné 8 cas de mort, dont 5 au plus sont imputables à l'intervention et 2, sur ces 5 morts, sont dues à des accidents péritonitiques et, par conséquent, septiques.

On relève seulement 5 morts sur les 85 opérations faites sur les organes génitaux de la femme. 3 seulement sont imputables à l'acte opératoire.

Dans les opérations pratiquées sur les voies génito-urinaires de l'homme, on a relevé 3 décès, 2 seulement peuvent être rapportés à l'intervention, et encore pourrait-on incriminer les affections rénales dues à la lésion, car les accidents urémiques qui ont emporté les malades sont survenus tardivement.

Il y a eu 3 décès pour les opérations faites sur le membre inférieur, dont 2 dépendent du traumatisme chirurgical.

En fait, après discussion, on arrrive à une mortalité opératoire de 13 sur 357 opérations, ce qui fait 3,65 p. 100.

5 décès seulement sont attribuables à des accidents septiques : 2 septicémies, l'une probable, l'autre certaine; 2 péritonites; 1 phlegmon diffus gangréneux. Soit 1,4 p. 100 d'accidents septiques. Il n'y a eu ni érysipèle traumatique ni tétanos, bien que bon nombre des blessés l'aient été par des chevaux.

M. Terrillon emploie la stérilisation des instruments par l'eau bouillante et obtient de bons résultats. Il ne regarde pas la température de 180 degrés comme absolument nécessaire; quand l'eau bouillante a agi plusieurs fois, en trois ou quatre jours, pendant dix minutes, sur les instruments, on peut regarder la sécurité comme absolue.

M. Lucas-Championnière obtient autant de succès que ses collègues en se servant de l'ancienne méthode antiseptique. Les succès plus nombreux dépendent surtout de l'habileté opératoire croissante. L'immersion dans les solutions phéniquées pendant un quart d'heure suffit pour stériliser les instruments. Cependant les pinces à mors crénelés doivent être flambées à la lampe à alcool, et l'aiguille de Reverdin séjourner longtemps dans du chloroforme. Du reste, il faut toujours nettoyer ses instruments avec le plus grand soin, quel que soit le procédé choisi.

M. Polaillon pense qu'il serait suffisant de chauffer l'étuve à 120°.

M. Périer conserve ses bistouris dans du naphtol camphré; le tranchant reste longtemps intact.

M. Terrier reconnaît que la méthode antiseptique de M. Lucas-Championnière donne d'excellents résultats, mais, comme aujourd'hui on tente des opérations de plus en plus difficiles, il convient de rechercher l'asepsie la plus rigoureuse en même temps que l'antisepsie. L'eau bouillante est un bon moyen, mais l'étuve vaut mieux, et on ne saurait employer trop de précautions, puisqu'il s'agit de vie ou de mort pour les opérations abdominales. Quelquefois les instruments tranchants ainsi chauffés coupent moins, mais certains bistouris restent intacts. On peut emporter en voyage, bien paquetés, les instruments ainsi stérilisés.

M. Lannelongue a eu à traiter un genou angulaire survenu par hyperostose articulaire du fémur à la suite d'une ostéomyélite. Il a guéri le petit malade en appliquant,

pendant un mois, sans interruption, un nouvel appareil à extension continue construit par M. Colin et qu'il présente. C'est une combinaison de l'extension et de la contre-extension.

— M. Kirmisson présente un enfant chez lequel il a fait, pour un torticolis, la section à ciel ouvert du chef claviculaire du sterno-mastoïdien.

— M. Michaux lit une observation de plaie non pénétrante de l'abdomen par balles de revolver.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 février 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *Tabès dorsal et goître exophthalmique. — Mode de transmission de la rougeole et de la diphthérie. — Syringo-myélie.*

M. Barié, dont les opinions relativement aux rapports du tabès avec le goître exophthalmique avaient été critiquées par M. Ballet dans la précédente séance, reprend la défense de sa théorie qui admet l'existence d'un travail morbide dans le centre bulbo-protubérantiel pour expliquer l'apparition du syndrome de Basedow chez certains ataxiques.

Sa théorie s'appuie sur trois faits :

1° Fréquence relative des complications d'origine bulbaire dans le cours du tabès, permettant d'admettre que le goître exophthalmique peut être une complication du même ordre.

2° Développement expérimental d'une exophthalmie et même d'une hypertrophie thyroïdienne après section des corps restiformes;

3° Constatations de lésions hyperémiques de la zone bulbaire dans une autopsie de maladie de Basedow rapportée par Chealde et dans un cas inédit de M. Barié.

M. Barié admet, comme M. Ballet, l'influence de l'hérédité nerveuse, mais elle n'est pas incompatible avec la production d'une lésion bulbo-protubérantielle sans laquelle il est bien difficielle d'expliquer la tachycardie, la polyurie, l'albuminurie, la glycosurie, et les paralysies passagères ou incomplètes de la septième paire qui ont été observées dans le syndrome de Basedow,

M. Guyot a observé avec M. Potain la guérison, par la teinture de veratrum viride, d'un cas type de maladie de Basedow qui durait depuis trois ans.

— M. Sevestre a insisté sur la contagiosité de la rougeole à la période d'invasion; même avant l'éruption, le malade qui a l'énanthème bronchique et pharyngien doit projeter par les secousses de toux des germes contagieux dans l'air qui l'environne. M. Sevestre croit bien plus au transport de la rougeole par l'air que par les personnes ou les objets. Aussi est-il partisan de l'isolement aussi précoce que possible. Les mesures de désinfection ne viennent qu'en seconde ligne, c'est l'inverse pour la diphthérie.

M. Grancher a répondu en exposant les idées que nous avons fait connaître dans une clinique récente. Sans nier la possibilité de la contagion indirecte par l'air qu'ont infecté les objets souillés par le malade, il la croit plus rare que la contagion directe. Il rappelle les expériences de M. Straus, qui montrent que l'air expiré ne contient pas de microbes, ses propres travaux sur l'absence de bacilles de Koch dans l'air expiré par les tuberculeux. M. Grancher ne trouverait l'isolement utile que si on pouvait disposer de véritables lazarets et pour les malades et pour ceux qui les soignent ou les servent. Mais l'isolement imparfait réalisé jusqu'ici n'a fait qu'augmenter la mortalité en accumulant beaucoup de rubéoleux dans un espace restreint et en rendant les broncho-pneumonies plus fréquentes et plus graves.

— A la suite de la discussion, et sur la proposition de M. Grancher, la Société met à son ordre du jour la question de la contagion de la rougeole et de la diphthérie.

— M. Debove présente un malade atteint de syringo-myélie, affection qui passait pour

une simple curiosité anatomique, il y a peu d'années, mais dont on connaît aujourd'hui un assez grand nombre de cas, et qui a une symptomatologie bien définie.

On sait qu'elle est caractérisée anatomiquement par une destruction plus ou moins étendue de la substance grise de la moelle épinière; cliniquement, par des troubles de la sensibilité à la douleur et à la température (alors que la sensibilité au tact est presque indemne) et par des troubles trophiques intéressant les muscles, les os, etc.

Tout cela se rencontre chez le malade présenté par M. Debove. La sensibilité à la douleur a disparu des pieds à la tête. La thermo-anesthésie, elle, est moins complète, mais néanmoins très marquée dans certaines régions. La sensibilité tactile est intacte. Les troubles trophiques consistent surtout dans une atrophie musculaire de la main et de l'avant-bras droit (type Duchenne-Aran). De là résulte une main en griffe, mais sans contracture. Même atrophie, mais beaucoup moins marquée, de la main gauche. Enfin il y a une scoliose de la région dorso-lombaire. Rien du côté des sens spéciaux. Pas de panaris (signe important dans la parésie analgésique de Morvan); pas d'eczéma, mais un peu de cystite, comme cela s'observe dans les myélites. Réflexes pupillaires, pharyngés et crémastériens normaux. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs. Réflexe rotulien disparu à gauche, exagéré à droite. Il n'y a jamais eu de douleurs.

Le malade a 35 ans. Pour lui, l'affection remonte à cinq ou six ans seulement, époque à laquelle il remarqua de l'atrophie musculaire; mais le début doit être reporté à une fièvre typhoïde grave, survenue à l'âge de 15 ans. Ce qui milite en faveur de cette opinion, c'est que, deux ans après cette dothiénentérie, la scoliose — très fréquente dans la syringo-myélie — était déjà prononcée.

Ce n'est pas ici le lieu de discuter si la syringo-myélie et la parésie analgésique de Morvan sont deux maladies distinctes, ou bien une seule et même maladie. La question est controversée, mais une autopsie récente de MM. Monod et Reboul porte à croire à la non-identité des deux affections. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

— M. Dejerine présente, à son tour, un malade absolument semblable à celui de M. Debove, mais qui offre cette particularité que l'affection date certainement de quarante ans (le sujet en ayant 65), et que les troubles sensitifs sont aujourd'hui ce qu'ils étaient en 1848. — P. L. G.

## VARIÉTÉS

### NOUVEAU RAPPORT SUR LE CHAUFFAGE DES VOITURES

On se souvient que, dans une des séances du Conseil d'hygiène et de salubrité, M. Gautier, avait dénoncé comme dangereux le système présent de chauffage des voitures.

M. Gautier vient d'être chargé par M. le préfet de police d'étudier un nouveau mode de chauffage des voitures dites de place de la ville de Paris. Il s'agit encore une fois de briquettes brûlant dans une chaufferette spéciale et dégageant dans l'intérieur de la voiture les gaz produits par la combustion du charbon. M. Gautier a fait connaître qu'il ne pouvait recommander ce système, attendu que l'emploi, dans les voitures publiques, de briquettes ou de tout autre combustible devrait être interdit, à moins qu'on ne parvînt à établir un tirage direct qui écoulât complètement au dehors les produits de la combustion.

Mais il propose le système de chauffage dit à l'acétate de soude. Ce système est fondé sur l'emmagasinement de la chaleur latente par fusion de sels aptes à subir la sursaturation, grâce à laquelle ils dégagent ensuite successivement et lentement cette chaleur à mesure que ces sels se cristallisent au sein d'une quantité d'eau insuffisante pour les dissoudre ; il est, selon lui, économique et parfaitement sain.

D'autre part, le système de chauffage proposé par M. Pernolet lui paraît répondre aux *desiderata* exprimés par le Conseil d'hygiène et de salubrité. Il est obtenu au moyen de briquettes brûlant dans une boîte métallique reposant sur le plancher de la voiture et permettant l'exhalaison au dehors de la totalité des gaz de la combustion, grâce à une

tubulure qui vient s'engager dans l'extrémité d'un court tuyau traversant la paroi du véhicule.

M. Armand Gautier se plaint que, malgré les votes du Conseil d'hygiène et de salubrité et l'approbation qu'il a donnée à ces deux derniers modes de chauffage, les compagnies de voitures publiques ne fassent rien pour remédier à l'état de choses fâcheux que la préfecture de police, les Sociétés savantes et la presse lui ont signalé. On sait, en effet, que la chaufferette mobile continue à être employée au grand détriment de la santé des voyageurs.

Aussi M. le professeur Gautier trouve-t-il insuffisante au point de vue de la prudence et de l'hygiène la notification que la préfecture de police a faite aux compagnies et loueurs de voitures, à savoir qu'à l'avenir les briquettes ne pourront plus être utilisées comme mode de chauffage des voitures de place et de remise, à moins qu'elles ne soient placées de telle façon qu'il y ait un dégagement extérieur des gaz de la combustion. Il désirerait qu'une ordonnance, publiquement affichée dans Paris, intervînt pour faire connaître au public les inconvénients et dangers de ce mode de chauffage et interdît définitivement le chauffage des voitures de place par tout système, quel qu'il soit, qui laisserait dégager à l'intérieur les produits de la combustion. (*Bull. méd.*)

## FORMULAIRE

### Gaze phéniquée. — G. Doux.

| | |
|---|---|
| Alcool à 90° | 1250 grammes. |
| Acide phénique crist | 100 — |
| Térébenthine de Venise | 0 gr. 50 centigr. |
| Colophane | 0 gr. 50 — |
| Glycérine | 1 gramme. |

Faites dissoudre. — Pour 25 mètres de gaze blanche et sans apprêt. — Après l'avoir coupée en bandes de dimension convenable, on la plonge dans ce mélange, et on l'y laisse deux ou trois heures au moins. On retire les bandes, on les exprime très légèrement, on les étend pendant vingt minutes environ, puis on les plie encore un peu humides, et on les laisse sécher à l'air libre. La gaze ainsi préparée et séchée est enfermée dans des boîtes de carton. Elle contient, par mètre, 4 grammes d'acide phénique.

N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

À propos d'infanticide. — Le journal médical américain, le *Chicago Times*, a voulu, dit le *Journal of the American Medical Association*, se rendre compte des facilités qu'accorde le corps médical de son pays aux pratiques infanticides. Il a, en conséquence, envoyé à un certain nombre de médecins et de sages-femmes une jeune personne qui s'est présentée comme ayant « eu des malheurs » et désireuse de dissiper sans retard les conséquences de sa faute. Les uns se sont déclarés tout prêts ; d'autres l'ont congédiée ; certains lui ont fait de la morale, et d'autres l'ont envoyée à des « spécialistes ». Ceci fait, la jeune personne est allée rédiger le récit de ses pérégrinations et l'a publié. L'affaire n'en restera pas là, car un des médecins nommés a entamé un procès.

(*Revue scientifique*)

## COURRIER

Ministère de la guerre. — *Note au sujet de l'examen d'aptitude des médecins-majors de première classe et des médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe.* — Le ministre a décidé, à la date du 8 février 1889 :

Que l'examen d'aptitude, institué par les décisions des 26 avril et 24 mai 1883 restera facultatif, sans condition d'ancienneté, pour les médecins-majors de première classe, est obligatoire pour les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la moitié la plus ancienne du cadre.

Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, les répétiteurs de l'Ecole de Lyon, ainsi que les médecins ayant précédemment satisfait aux épreuves de l'ancien concours pour le service hospitalier en seront seuls dispensés.

Les médecins-majors de première classe, les médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe ne pourront être proposés pour le grade supérieur, sauf en campagne, qu'autant qu'ils auront subi avec succès l'examen d'aptitude qui comprendra les épreuves déterminées par la circulaire du 24 mai 1883.

Toutefois, pour la quatrième épreuve, les candidats pourront être interrogés non seulement sur les lois, décrets, instructions et règlements énoncés par ladite circulaire, mais sur toutes les dispositions nouvelles ayant un caractère général ou concernant spécialement le service de santé.

Chaque année, à la date du 31 décembre, il est dressé un état nominatif des médecins et pharmaciens-majors de deuxième classe appartenant à la plus ancienne moitié du cadre et n'ayant pas encore obtenu le certificat d'aptitude ou un titre équivalent. Quant aux médecins-majors de première classe désirant subir cet examen, ils doivent faire parvenir leur demande par la voie hiérarchique avant le 31 décembre.

Les candidats sont informés du jour où ils doivent subir la première épreuve.

Le jury d'examen est composé de trois membres, savoir :

Pour les médecins : le médecin inspecteur général, ou un médecin inspecteur général, ou un médecin inspecteur, président ; — deux médecins principaux dont un professeur du Val-de-Grâce.

Pour les pharmaciens : le pharmacien inspecteur, président ; — un médecin principal, — le pharmacien professeur au Val-de-Grâce.

Le ministre désigne les présidents et choisit les membres des jurys sur une liste présentée par le comité technique de santé.

L'épreuve écrite est éliminatoire : — la composition est faite par les candidats partout le même jour, à la même heure et au lieu de leur résidence.

Le sujet de cette composition, choisi par le jury, est envoyé au directeur du service de santé de chaque corps d'armée, sous autant de plis cachetés qu'il y a de garnisons possédant des candidats. Le directeur provoque les ordres nécessaires pour que ceux-ci soient convoqués et réunis à l'heure et au jour fixés et fait parvenir les plis cachetés, par l'intermédiaire du commandement, aux commandants d'armes.

Ces derniers désignent soit un médecin militaire, soit un officier d'un grade supérieur à celui des candidats, qui ouvre, en présence de ceux-ci, le pli cacheté, leur donne lecture de son contenu et surveille la composition. Les rédactions, cachetées et paraphées séparément, sont remises directement à l'officier chargé de la surveillance, qui les réunit et les enferme en présence des candidats dans un pli cacheté collectif, et sous double enveloppe, l'intérieure portant comme suscription : « Service de santé militaire. A M. le président du jury d'examen pour le certificat d'aptitude, » et la mention : *Ne pas ouvrir* ; — l'extérieure portant l'indication suivante : « A M. le ministre de la guerre (7e direction, bureau des hôpitaux). » Ce pli est remis par lui au commandant d'armes qui l'expédie directement au ministre (7e direction).

La décision du jury est notifiée par le ministre (7e direction) aux candidats. Ceux qui ont été déclarés admissibles sont convoqués à Paris (hôpital du Val-de-Grâce), où ils subissent les épreuves définitives. Par exception, les candidats résidant en Algérie et en Tunisie peuvent, si le ministre le juge convenable, être réunis à Alger, et examinés par des jurys présidés par le médecin inspecteur directeur du service de santé du 19e corps, et composés :

Pour les médecins : des directeurs du service de santé d'Oran et de Constantine ;

Pour les pharmaciens : de deux pharmaciens principaux ou majors de première classe pris en Algérie et désignés par le général commandant le 19e corps, sur la proposition du médecin inspecteur directeur du service de santé.

Dans le cas où les candidats d'un même corps d'armée seraient en nombre trop considérable, ils pourraient être convoqués par séries successives, de façon que le service n'ait pas à souffrir de leur absence simultanée.

L'ordre dans lequel les candidats sont appelés à subir les épreuves définitives, ainsi que les questions auxquelles ils doivent répondre, sont déterminés par le sort. Le nombre des questions mises dans l'urne est toujours double de celui des candidats.

Les épreuves sont notées de 0 à 20, par chaque membre du jury.

La moyenne des notes ainsi obtenues à chaque épreuve est multipliée par les coefficients suivants :

1re épreuve, coefficient 12 ; 2e, 15 ; 3e, 10 ; 4e, 8.

L'admissibilité exige un minimum de 132 points.

Nul candidat n'est admis s'il n'a obtenu 495 points au moins pour l'ensemble des épreuves.

Le président de chaque jury adresse au ministre :

1° Après l'épreuve éliminatoire, la liste des candidats admissibles ; — 2° après la clôture des opérations définitives, celle des admis.

Le ministre arrête cette liste et délivre aux admis le certificat d'aptitude.

Notification du résultat de l'examen et de la moyenne obtenue est faite aux directeurs du service de santé des corps d'armée ou gouvernements militaires.

Le feuillet technique de l'officier devra porter l'indication du nombre de points qu'il aura obtenus.

Par exception, en 1889, l'examen d'aptitude ne devant avoir lieu que dans la deuxième quinzaine de mars, la liste ne sera close que le 1er mars.

Les candidats obligés de se déplacer auront droit aux allocations fixées par les règlements et à l'indemnité de présence à Paris pendant leur séjour, sous la condition de produire un certificat délivré par le président du jury, constatant qu'ils ont pris part à l'examen.

En cas de renonciation volontaire de la part du candidat au cours de l'examen, il n'aura droit qu'à la solde d'absence, sans indemnité de route ni de séjour.

*Le ministre de la Guerre*,

C. de Freycinet.

École de médecine de Dijon. — M. Gautrelet, ancien directeur de l'École, est nommé directeur honoraire de ladite École.

M. Deroye, professeur de clinique interne, est nommé, pour trois ans, directeur de ladite École, en remplacement de M. Gautrelet, démissionnaire.

Nécrologie. — M. le professeur Teissier (de Lyon), rappelé dans cette ville par une maladie imprévue de son père, avait cessé de faire partie du jury du concours d'agrégation en médecine. Nous avons le regret d'apprendre que M. Teissier, père, ancien professeur de clinique médicale à Lyon, vient de mourir.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

### De l'endocardite infectieuse.

(Difficultés du diagnostic, modes de début, marche, pathogénie microbienne.)

Dans la soirée du 12 décembre 1888 est entrée dans le service une femme âgée de 29 ans, de constitution moyenne, qui présente un fait clinique très intéressant et très instructif en raison des difficultés de diagnostic qu'offrent les cas de ce genre. Elle a une fièvre continue qui, dit-elle, dure depuis plus d'une semaine. Mais l'établissement de cette fièvre n'est pas le début de sa maladie, car, si elle s'est alitée seulement vers le 1er décembre, elle était à ce moment malade depuis au moins cinq semaines, depuis la fin d'octobre. Donc, la période de fièvre continue a été précédée d'une autre période pendant laquelle la malade, sans être alitée, a vu sa santé s'altérer, et ce qui a caractérisé cette période précédant la fièvre continue, ce sont des accès fébriles intermittents, irréguliers, non périodiques. Un jour de la fin d'octobre, elle a été prise, vers quatre heures de l'après-midi, d'un frisson considérable, avec tremblements, malaise, douleur vive à la tête et à l'épigastre; le lendemain, nouvel accès; bref, pendant cette période de cinq semaines, il s'écoulait trois, quatre, cinq jours sans accès, puis ceux-ci reparaissaient. Alors seulement la fièvre s'est établie doucement, en même temps que des douleurs se faisaient sentir le long du tendon d'Achille, à la plante des pieds, à l'aponévrose palmaire, douleurs mal définies, mais positives; car c'est autant pour elles que pour la continuité de la fièvre que la malade s'est décidée à entrer à l'hôpital.

Quelles éventualités peut éveiller dans l'esprit l'existence d'une période d'accès fébriles précédant l'établissement d'une fièvre continue (l'importance des autres symptômes s'efface devant celui-là)? Cela ne s'applique qu'à un nombre très restreint de maladies : tuberculose aiguë, endocardite infectieuse, fièvre typhoïde, rhumatisme aigu. Dans notre cas, en tenant compte de la longue durée de la période d'accès, l'hypothèse de la fièvre typhoïde et du rhumatisme doit être écartée, et deux maladies aiguës seulement peuvent débuter ainsi : la tuberculose aiguë, l'endocardite infectieuse. Car il faut bien se convaincre que celle-ci n'est pas forcément une maladie à début bruyant, éclatant; le début lent, traînant, est également commun, et, quand il existe, il procède justement par accès fébriles. Cela suffisait à présumer le diagnostic; s'il s'était agi de tuberculose aiguë, les signes stéthoscopiques auraient déjà paru. De plus, le 13 décembre, l'auscultation du cœur faisait entendre un souffle systolique fort à la pointe, à

la base, dans le deuxième espace intercostal, à gauche plus qu'à droite, un souffle au premier temps, moins fort que le précédent, coïncidant avec une zone de frottement péricardique. Enfin on constatait, d'une part, une grosse tuméfaction de la rate, avec douleur vive au niveau de la moitié inférieure de la matité splénique; et, d'autre part, la présence de l'albumine dans l'urine.

La coexistence d'une fièvre continue, quoique faible (38°3 le soir, 38° le matin), des phénomènes d'endopéricardite, de tuméfaction de la rate, d'albuminurie, conduisait au diagnostic. Le 14 décembre survient un nouveau phénomène, un accès de fièvre se détachant sur le fonds fébrile continu, qui aurait levé les doutes s'ils avaient subsisté; après un frisson intense, le thermomètre monte à 41° à cinq heures du soir, et marque 39°6 à six heures et demie, 39° à sept heures et demie; à la suite de cet accès fébrile énorme et court, révélé par l'intensité du frisson, la fièvre continue a augmenté, la température oscille autour de 39° au lieu de 38°. Le 17 décembre, le 18, le 21, nouveaux frissons, nouveaux accès; la température, dès lors, se maintient toujours au-dessus de 39°. Ainsi, depuis l'entrée à l'hôpital jusqu'au 22 décembre, la fièvre continue a subi une élévation croissante, abstraction faite des accès qui l'ont entrecoupée; cette marche de la fièvre suffirait à affirmer le diagnostic d'endocardite infectieuse. A un moment, la malade a ressenti dans l'épaule gauche une souffrance vive, qui était l'irradiation ascendante de la douleur splénique, laquelle a beaucoup augmenté, ce qui indique l'existence d'une périsplénite, comme la tuméfaction douloureuse de la rate au début était l'indice d'un infarctus. Les phénomènes d'endocardite se sont accusés, les souffles sont plus forts. Puis, brusquement, la malade a vu une grande flamme monter devant son œil gauche, a eu de la diplopie (embolie de l'artère centrale de la rétine), et ses urines se sont chargées de sang (infarctus du rein). Le 22 et le 23 décembre, pas de changements dans son état; pas de paroxysmes fébriles; elle se plaint toujours du côté gauche, et de vives douleurs épigastriques dues sans doute à l'ulcération de l'estomac, ou au moins au travail qui précède cette ulcération; il n'y a pas de sang dans les selles, il n'y a donc pas d'infarctus des artères mésentériques. Dans la nuit du 23 au 24, elle cesse de se plaindre, tombe dans un état de stupeur; le 24 au matin, elle est prise d'hémiplégie droite et d'aphasie (embolie cérébrale dans le domaine de la sylvienne gauche). Enfin, elle s'éteint le 26 décembre, après une fièvre continue de trente jours, précédée d'une période de cinq à six semaines pendant lesquelles les accès fébriles intermittents ne l'avaient pas forcée à garder le lit.

A l'autopsie, on trouve des végétations sur la face auriculaire de la valvule mitrale, végétations constituées par des amas de microbes; des granulations fines sur le feuillet viscéral du péricarde; une tuméfaction considérable de la rate et des infarctus spléniques; des infarctus multiples du rein, contenant des microbes comme ceux de la rate, et, de plus, deux ulcérations occupant les calices, présentant un peu de sable à leur niveau, indiquant une lithiase rénale, mais dépourvues de microbes; l'utérus est augmenté de volume, les vaisseaux sont restés développés depuis une fausse couche faite il y a deux ans (cette métrite a été le point de départ de l'endocardite infectieuse). La cavité contient un liquide épais qui renferme en abondance un microbe pareil à celui des végétations de l'endocarde et des infarctus rénaux et spléniques; l'artère sylvienne est oblitéré, juste avant

l'origine de la troisième frontale gauche, par une embolie qui contient le même microbe que précédemment, celui-ci se retrouve dans les embolies corticales, multiples, qui existent dans les vaisseaux superficiels de divers points du cerveau, des deux côtés. Ainsi on trouve partout le même microbe, sauf au niveau des ulcérations rénales : nous verrons plus loin sa nature.

Ce fait prouve d'abord combien M. Jaccoud a eu raison de protester contre le nom d'*ulcéreuse* donné à l'endocardite infectieuse ou microbienne : elle n'est pas forcément ulcéreuse, elle tue sans ulcérations dans la moitié des cas au moins; ce qui est constant, c'est l'infection, le microbe. Le mot d'endocardite *végétante* est aussi vicieux : l'endocardite infectieuse n'est pas la seule végétante, l'endocardite ordinaire peut aussi être végétante. Les deux termes indiquent simplement des variétés anatomiques de l'endocardite infectieuse. D'autre part, depuis 1884, M. Jaccoud montre, par ses observations, que la réalité clinique de cette maladie ne répond pas au tableau qui en a été tracé, surtout en ce qui concerne son début et son évolution. Elle a trois modes de début, inégalement fréquents, mais très différents :

1° *Début rapide* (ce qui ne veut pas dire *brusque*) *avec fièvre continue dès le début;* une erreur des descriptions primitives consistait à regarder le début comme soudain, tandis qu'il est précédé d'une période de trois à cinq jours, souvent inaperçue; c'est le mode le plus fréquent; depuis 1884, M. Jaccoud l'a observé quatre fois (après un rhumatisme, une grossesse, une fausse couche, une pneumonie).

2° *Début rapide* (dont le domaine peut s'étendre à une semaine), *par accès intermittents complets*; la fièvre reste intermittente pendant quatre à sept jours; ce mode d'invasion, plus rare et plus trompeur que le précédent, a été vu par M. Jaccoud dans un cas consécutif à un rhumatisme.

3° *Début lent, avec accès intermittents;* différent du précédent en ce qu'il peut durer jusqu'à six semaines, et surtout en ce que les accès fébriles, non périodiques, sont séparés par plusieurs jours d'apyrexie : c'est le cas actuel (consécutif à une métrite); Leyden l'a vu deux fois (après un rhumatisme articulaire aigu et un rhumatisme blennorrhagique). Conclusion pratique : il faut se méfier quand un ancien rhumatisant, porteur de lésions banales du cœur, est pris d'accès intermittents; c'est que son endocardite bénigne se réveille après un long intervalle et devient infectieuse.

Une fois la maladie constituée, quelle est l'évolution de la fièvre? On la croyait toujours hyperthermique et continue : les deux propositions sont fausses. La fièvre ne dépasse pas 40°, elle est rarement hyperthermique, et, quand elle l'est, c'est par moments, pendant un jour ou deux. Quant à la continuité, elle n'est pas constante; son évolution varie suivant les modes suivants :

1[er] *mode.* — La fièvre est continue, avec de faibles rémissions matinales; c'est assez rare (un cas consécutif à une pneumonie).

2[e] *mode.* — La fièvre est continue, paroxystique; il y a des accès qui échappent si on ne prend la température que deux fois par jour (cas actuel, un autre cas consécutif à une fausse couche).

3[e] *mode.* — La fièvre est intermittente jusqu'à la fin; on n'a pas les trois stades nets de l'accès, mais, à un moment de la journée, la température est normale (deux cas de Leyden, un cas de Jaccoud après un rhumatisme aigu).

4e *mode.* — Ce n'est plus seulement la fièvre qui manque de continuité, la maladie dans son ensemble procède par poussées; avec l'apyrexie coïncide une période de bien-être complet de trois, quatre, cinq jours; puis nouvelle poussée, nouvelle apyrexie durant parfois huit jours; chez une malade, il y a eu huit poussées, séparées par des intervalles de bien-être de plusisurs jours, et la maladie a une durée totale de quatre mois. Ce mode par poussées donne l'idée d'une infection générale du sang se produisant seulement à certains moments, quand de l'endocarde se détachent des particules nocives.

Pouvons-nous établir un rapport entre le mode de début et l'évolution de la maladie, entre le mode d'évolution et l'espèce de microbe pathogène? Oui, dans une certaine mesure. Le début rapide avec fièvre d'emblée continue évoluera avec une fièvre continue, qui pourra seulement devenir paroxystique, tandis que le début par accès intermittents peut aussi bien amener une fièvre continue que se maintenir avec le caractère intermittent quand la maladie est constituée. La forme continue, ou continue paroxystique, appartient essentiellement à l'endocardite avec pneumocoques; la forme à début et à évolution intermittents, surtout quand les accès restent complets jusqu'au bout, appartient à l'endocardite à microbes pyogènes. Quant à la brièveté de la durée assignée à l'endocardite infectieuse, c'est une erreur manifeste : dans six cas étudiés depuis 1884, Jaccoud a trouvé une durée de treize et vingt et un jours (rhumatisme), de trente-quatre jours (fausse couche), 35 (pneumonie), 72 (cas actuel), 121 (grossesse); dans le dernier cas, des intervalles de bien-être complet ont été observés à plusieurs reprises. On ne peut établir aucun rapport entre la durée de la maladie et la qualité du microbe.

A quel microbe avons-nous eu affaire ici? Les caractères objectifs qui ne sont pas ceux du pneumocoque ni d'un microbe pyogène, les caractères de ses cultures qui sont grises plutôt que blanches, avec une portion claire placée au centre ou à une extrémité, son innocuité pour la souris, la nocuité pour le lapin (sa culture inoculée à un de ces animaux par M. Netter a déterminé sur une valvule sigmoïde, et dans la carotide, la production de végétations composées de bacilles analogues à ceux de la culture), tout prouve qu'on est en présence d'un bacille récemment indiqué dans l'endocardite par Weichselbaum (de Vienne), le *bacillus endocarditis griseus.* Ainsi, tandis que le bacille de la tuberculose ne produit rien ou produit de la tuberculose, qu'il en est de même pour le charbon et autres maladies dans lesquelles l'action nocive des microbes est toujours identique, d'autres microbes ont des effets variables : le pneumocoque produit la pneumonie, mais il produit aussi l'endocardite, la méningite; le streptocoque, le staphylocoque, déterminent habituellement la formation du pus, mais peuvent aussi produire l'endocardite.

Il y a donc des microbes pathogènes à effets constants et d'autres à effets variables, et comme l'endocardite infectieuse, dans laquelle la pluralité des microbes est indiscutable, n'est probablement pas seule de son espèce parmi les maladies à microbes, on est obligé d'introduire dans les maladies infectieuses une division très importante, corrélative de la division établie entre les microbes pathogènes : les unes se reproduisent toujours de la même façon et ont toujours la même cause, présentent l'unité de cause et d'effet qui, en pathologie générale, caractérise les maladies

spécifiques; les autres ont bien les mêmes effets, mais ont des causes diverses.

Jaccoud et Netter ont observé quatre microbes dans l'endocardite infectieuse; mais il y en a au moins 10 qui ont déjà été vus par d'autres auteurs, et qui se présentent avec une inégale fréquence, comme le montre le tableau suivant, dressé par Weichselbaum, et portant sur 62 cas :

| | |
|---|---|
| Staphylococcus pyogenes aureus | 19 fois. |
| Streptococus pyogenes | 13 — |
| Pneumococcus | 16 — |
| Staphylococcus pyogenes albus | 5 — |
| Micrococcus endocarditis rugatus | 1 — |
| Bacille fétide immobile | 2 — |
| Bacillus endocarditis griseus | 2 — |
| Bacille non cultivable | 2 — |
| Bacillus pyogenes fetidus | 1 — |
| Bacillus endocarditis capsulatus | 1 — |

La conséquence pratique de ces notions est que l'étiologie de l'endocardite infectieuse doit être facile et complexe, que la maladie prend naissance facilement, dans un grand nombre de conditions; car non seulement les microbes qui peuvent la produire sont nombreux, mais ceux qu'on trouve dans la grande majorité des cas (le pneumocoque et les microcoques pyogènes, qui existent 53 fois sur 62) sont très répandus dans le milieu extérieur et dans le milieu intérieur normal, à plus forte raison dans un grand nombre de conditions pathologiques. Aussi, les origines observées dans les cas complètement étudiés sont très nombreuses et disparates : rhumatisme, pneumonie, érysipèle, scarlatine, diphthérie, blennorrhagie. Dans la scarlatine et la blennorrhagie, ce ne sont pas les microbes spéciaux à ces maladies qu'on trouve dans l'endocarde, ce sont des microbes pyogènes. Tous les foyers de suppuration peuvent donner naissance à l'endocardite infectieuse : phlegmon cervical, épididymite, prostatite, ulcère de la plante des pieds, etc. Après une simple érosion de la lèvre inférieure, au fond de laquelle on avait trouvé le staphylococcus aureus, celui-ci s'est montré sur l'endocarde. La grossesse peut être cause de la maladie, ainsi que tout ce qui tient à la puerpéralité; de même pour l'angiocholite (Netter), le catarrhe intestinal avec desquamation épithéliale (Jaccoud). En somme, un individu présentant un foyer pathologique quelconque à microbes est exposé à l'endocardite infectieuse, si bien qu'on peut se demander pourquoi celle-ci n'est pas plus fréquente, quoiqu'elle le soit plus qu'on ne le croyait il y a cinq ou six ans. Cette rareté relative tient à deux raisons : les microbes ne peuvent aller impressionner l'endocarde que s'ils pénètrent dans le sang, ce qui n'est pas commun; de plus, il faut qu'il existe une vulnérabilité préalable, une disposition locale de l'endocarde. On ne produit l'endocardite infectieuse en injectant aux animaux une émulsion contenant des microbes pathogènes que si on a préalablement blessé l'endocarde. Rosenbach avait cru qu'un traumatisme sérieux, tel que la perforation d'une valvule sigmoïde, était nécessaire; or, Wyssokowitsch a montré qu'un traumatisme léger suffit, mais alors son influence est temporaire; dès que la lésion est guérie, on ne réussit plus à déterminer l'endocardite expérimentale. Voilà pourquoi la maladie est assez rare, malgré la banalité de ses causes.

Il est facile de comprendre qu'elle soit fréquemment causée par un rhu-

matisme, au cours duquel on a fait une endocardite dont on a guéri, mais qui a laissé une disposition locale, une vulnérabilité de l'endocarde, avec tendance à l'endocardite infectieuse si un foyer pathogène se produit. Mais, dans bien des cas, on ne peut apprécier les lésions de l'endocarde, et, malgré la multiplicité de ses causes, l'endocardite infectieuse peut exister sans qu'on puisse déterminer la porte d'entrée des microbes : c'est alors qu'on a invoqué l'entrée par les voies respiratoires, ou, ce qui est peut-être plus vrai, un mauvais état général atteignant l'endocarde et en produisant la vulnérabilité, une misère organique qui, sans qu'il existe de lésions grossières de l'endocarde, fait pulluler les microbes pathogènes que nous avons en nous et les rend nocifs.

Une dernière question se présente à l'esprit quand on songe que la filiation des accidents implique que le cœur droit est impressionné d'abord, et que cependant l'endocardite infectieuse y est plus rare que dans le cœur gauche. Mais elle peut être limitée au cœur droit, quoique le fait ne soit pas commun. En second lieu, Rosenbach fait remarquer avec raison que les microbes ont, au point de vue de la végétation, une affinité plus grande pour le sang plus riche en oxygène qui s'écoule des veines pulmonaires dans le cœur gauche, et qu'ils trouvent là de meilleurs conditions de pullulation que de l'autre côté. — P. D.

## Note sur un cas d'hydro-salpingite

(AVEC PRESENTATION DE LA MALADE)

*Son nouveau traitement électrique.*

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 11 février 1888 (1).

Par le docteur G. APOSTOLI.

L'observation qui fait le sujet de cette note me paraît du plus grand intérêt; elle éclaire une nouvelle question de thérapeutique, et est destinée à servir de prélude à une étude plus complète que je vous soumettrai prochainement sur le traitement électrique de certaines salpingites.

Je veux aujourd'hui seulement me limiter à l'exposé intégral de cette observation très nette et en tirer les conclusions qu'elle comporte. La voici résumée :

Mme Tresse (Marie), ménagère, 25 ans, demeurant à Paris, 12, rue de Metz, se présente à la clinique du docteur Apostoli le 22 octobre 1887.

*Antécédents.* — Bonne santé habituelle ; pas d'antécédents héréditaires ni personnels ; réglée à 12 ans, peu abondamment, régulièrement et toujours avec dysménorrhée.

Trois couches successives et normales à 21, 22 et 23 ans et demi.

Fausse couche de 2 mois environ le 21 septembre 1887, vingt jours après une violente chute sur les reins ; grande métrorrhagie consécutive avec douleurs abdominales continuelles localisées surtout à droite ; pas de soins antiseptiques ; trouble profond de la santé, amaigrissement progressif, affaiblissement considérable ; exaspération croissante

(1) Nous publions cette observation, qui nous vient de la Société de médecine de Paris, parce qu'elle contient des faits qui méritent d'être discutés, et que nous tenons à ne pas refuser la discussion. Mais nous faisons les plus formelles réserves sur la valeur du mot « traitement électrique de la salpingite » employé dans ce cas spécial, où nous ne voyons autre chose que l'évacuation d'un kyste tubaire par ponction vaginale.

(*Note de la Rédaction.*)

des douleurs s'accompagnant de leucorrhée très abondante; impossibilité absolue de faire aucun travail.

*Etat actuel.* — 22 octobre 1887 : Femme petite, très pâle, au facies abdominal; marche avec une énorme difficulté, et se plaint de douleurs très aiguës dans la fosse iliaque droite; la peau est chaude, depuis huit jours elle frissonne tous les soirs; langue saburale.

*Examen local.* — Sensibilité excessive à la moindre pression des deux fosses iliaques, plus accusée à droite, avec empâtement profond; utérus très abaissé, culs-de-sac empâtés et mous, très douloureux sauf l'antérieur; saillie plus considérable du cul-de-sac droit, plus sensible et présentant une rénitence manifeste. On peut constater une vraie fluctuation à ce niveau et des douleurs insupportables provoquées par le moindre contact, avec une saillie hémisphérique ressemblant à un œuf de poule.

A gauche, cul-de-sac moins empâté, avec saillie moins ovoïde, un peu moins douloureuse, plus résistante et sans aucune trace de fluctuation.

Adhérence complète de l'utérus au sacrum.

*Diagnostic.* — Salpingite double, suppurée ou kystique à droite, inflammatoire à gauche, avec pelvipéritonite commençante.

*Traitement.* — La malade est observée du 22 au 27 octobre pendant lesquels son état s'est considérablement aggravé ; elle refuse d'entrer, sur notre conseil, à l'hôpital et réclame une intervention urgente faite à la clinique, que nous avons d'abord refusée vu la gravité de la situation.

27 octobre 1887. — Après chloroformisation et une irrigation vaginale antiseptique de sublimé au 1/2000, *première galvano-puncture, vaginale, négative*, sur le point le plus proéminent de la tuméfaction, à *gauche*, au milieu du cul-de-sac latéral, à l'aide d'un trocart capillaire en acier, enfoncé à un centimètre, à la dose de *100 milliampères pendant cinq minutes.* — (Le trocart dont je me suis servi, et que j'ai fait construire spécialement dans ce but est de la grosseur d'une aiguille de seringue de Pravaz).

Pas d'hémorrhagie subséquente : nouveau lavage antiseptique et mise à demeure d'un tampon de gaze iodoformée. La malade est transportée immédiatement au lit, et elle séjourne à la clinique pendant deux jours.

Durant ce temps, elle a été en proie à une assez grande agitation, surtout le jour de l'opération, caractérisée par un délire presque continu, des plaintes incessantes, des vomissements verdâtres et une température oscillant entre 38°5 et 39 degrés. Ce délire chloroformique avait des alternatives d'intensité et de calme apparent pendant lequel elle ne garde aucun souvenir de son état antérieur.

Le 28 octobre, au soir, le délire se calme spontanément, elle passe une assez bonne nuit, et le lendemain nous la trouvons reposée et améliorée.

29 octobre. — Elle paraît transformée ; elle quitte son lit pour être examinée; se lève et marche sans éprouver de douleur sensible.

La palpation abdominale est beaucoup moins sensible, et elle peut supporter une pression assez profonde qui aurait été intolérable l'avant-veille.

Le tampon vaginal extrait n'est pas maculé de sang.

Au toucher, la situation paraît la même à droite, mais à gauche il y a une amélioration manifeste, et dans la sensibilité et dans l'amplitude de la tuméfaction.

Elle quitte la clinique malgré notre volonté. Elle commet l'imprudence de rentrer chez elle à pied et fait ainsi une course de près de 3 kilomètres. Arrivée chez elle, elle a été obligée de s'aliter et a beaucoup souffert dans la nuit toujours à droite.

Le lendemain elle se sent apaisée.

Le 31, elle revient à la clinique, encore à pied, nous consulter et se sent déjà un peu améliorée pour la marche; les douleurs sont moins vives.

Injection vaginale antiseptique; le tampon n'est pas maculé de sang; il n'y a eu aucun écoulement vaginal anormal.

L'amélioration physique continue à gauche et il paraît également y avoir moins d'empâtement à droite.

Les jours suivants, elle est encore tenue en observation et l'on se contente de renouveler le pansement vaginal. L'amélioration paraît s'accentuer.

8 novembre. — *Deuxième galvano-puncture, vaginale, négative,* au centre du cul-de-sac *droit,* à l'aide du même trocart capillaire, enfoncé à 1 centimètre et demi de profondeur à *140 milliampères pendant cinq minutes,* après anesthésie préalable.

Pour rendre la ponction plus parfaite et faciliter la coaptation de la tumeur avec la paroi vaginale, la main d'un aide exerce, tout le temps de l'opération, une pression légère de haut en bas dans la fosse iliaque droite.

Pas d'écoulement vaginal après la ponction; injection antiseptique avant et après et tamponnement à la gaze iodoformée.

Reste alitée à la clinique pendant deux jours, comme la première fois, sans quitter un seul instant le lit; contrairement à ce qui s'était passé alors, elle n'a pas eu le moindre délire, mais elle a ressenti toutefois de vives douleurs dans la fosse iliaque droite.

Ces douleurs ont été continues et l'ont empêchée de dormir; elle a été moins fiévreuse que la première fois et a conservé un peu d'appétit.

10 novembre. — Il y a une légère détente depuis le matin et les élancements douloureux ne sont plus continus.

On pratique la toilette vaginale qui n'a pas été faite depuis l'opération et l'on trouve le tampon *non teinté de sang* et *sec.* La sensibilité abdominale à la pression a beaucoup diminué, il n'y a pas trace de gonflement. Au toucher, la régression anatomique a fait encore de nouveaux progrès, mais la sensibilité reste vive.

Injection antiseptique et nouveau tampon à la gaze iodoformée.

Malgré nos conseils pressants, elle quitte la clinique. La voiture qu'elle a prise l'a beaucoup fatiguée. Une fois rentrée chez elle, elle a dû immédiatement s'aliter, car elle ne pouvait plus se tenir debout et, une heure après, pendant qu'elle était immobile dans son lit, elle se sentit brusquement mouillée et inondée par un *liquide clair* et *transparent* comme de l'eau, qui s'est écoulé du vagin sans provoquer aucune douleur. Ce liquide, au dire de la malade, dépourvu de toute espèce d'odeur, un peu collant et *sans aucune trace de sang* s'est écoulé pendant quelques minutes, sans entraîner le tampon.

A partir de ce moment, il y a eu une détente brusque et remarquable. Les douleurs antérieures se sont subitement calmées, et, depuis, elle n'a plus souffert; elle a passé une bonne nuit, et, le lendemain, elle s'est trouvée très bien; elle a pu se lever sans être fatiguée, et la voiture qui l'a amenée aujourd'hui à la clinique ne l'a plus fait souffrir. (*A suivre.*)

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 février 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. L. Dupeyron, sur les revaccinations pratiquées à l'Ecole des enfants de troupe des Andelys;

2° Un état des vaccinations pratiquées en 1888, à Aumale (Algérie), par le docteur Castelbou;

3° Compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription médicale de R..., par le docteur Séjournet (de Revin), à l'appui de sa candidature, au titre de correspondant national (1re division);

4° Mlle Bauduin (de Vannes) adresse une lettre de remerciments au sujet de la médaille d'argent qui lui a été accordée par l'Académie (vaccinations);

5° Un rapport sur la station d'Amélie-les-Bains, par M. Lamarque, stagiaire de l'Académie.

M. Cornil rend compte d'un travail de MM. Kalendero et Babès, relatif à un cas de maladie d'Addison avec lésions des racines spinales et de la moelle.

Il y avait dans ce cas une sclérose chronique de la moelle limitée surtout autour des racines postérieures des nerfs spinaux, et une névrite portant principalement sur les racines postérieures. Cette névrite, marquée surtout au niveau des anneaux, est caractérisée par le gonflement des cylindres-axes, leur interruption par places, une multiplication des cellules. Ces lésions présentaient leur maximum à la partie inférieure de la moelle dorsale.

Du reste, les auteurs ne veulent pas tirer de ce seul fait une conclusion générale.

— M. Hervieux lit un rapport sur les vaccinations et revaccinations dans les Sociétés de secours mutuels. Voici les conclusions de ce rapport :

1° Il est désirable, dans l'intérêt individuel aussi bien que dans l'intérêt général, que tout individu qui se présente pour être admis dans une Société de secours mutuels n'y soit reçu qu'autant qu'il aura été antérieurement vacciné ;

2° Il est désirable que, hors le temps d'épidémie, toute Société de secours mutuels puisse exiger de ses membres qu'ils soient soumis à la revaccination après un délai de dix ans; en temps d'épidémie, on ne devra pas attendre l'expiration de ce délai ;

3° Si la vaccination ou la revaccination avaient échoué, l'opération pourra, comme dans l'armée, être répétée jusqu'à réussite ;

4° La source vaccinale et le mode de vaccination importent peu, pourvu que le vaccin soit irréprochable et le résultat satisfaisant.

(Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées).

— M. Le Roy de Méricourt lit, à l'occasion d'une lettre de M. Radiguet, un travail tendant à ce que l'Académie s'efforce de soutenir le prestige de la médecine française en Extrême-Orient. Il faudrait fonder, le plus tôt possible, des Sociétés de médecins missionnaires.

— M. Verneuil commence la lecture de la seconde partie de son travail sur le tétanos; il la terminera dans la prochaine séance.

## Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de février 1889.

Du 1er au 5. — Pas de thèses.

Mercredi 6. — M. Albarran : Reins des urinaires. (Président, M. Guyon.) — M. Ballé : Étude botanique et thérapeutique de l'hystériorico Balahuet. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 7. — M. Boiron : Le délire des paralytiques généraux et des faibles d'esprit. Contribution à l'étude diagnostique de la paralysie générale. (Président, M. Brouardel.) — M. Guinon : Troubles urinaires de l'enfance. (Président, M. Grancher.) — M. Gannet : Quelques cas de zona chez les paralytiques généraux. (Président, M. Laboulbène.) — M. Castan : Curettage de l'utérus dans les rétentions placentaires (Président, M. Proust.) — M. Piot : De la formation de la bosse séro-sanguine chez les fœtus morts. (Président, M. Tarnier.) — M. Moussoir : Le mal de mer et le sens de l'espace. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Chopard : Néphrite gavitique. (Président, M. Peter.) — M. Dopont : Des naphtols et plus particulièrement du naphtol A dans le traitement de quelques affections oculaires. (Président, M. Panas.)

Du 8 au 12. — Pas de thèses.

Mercredi 13. — M. Rouby : Contribution à l'étude de l'hystérie toxique. De l'apoplexie hystérique dans la syphilis. (Président, M. Charcot.) — M. Emery : Contribution à l'étude de l'athérome pulmonaire. (Président, M. Charcot.)

Jeudi 14. — M. Valette : Tuberculose primitive de la trachée. (Président, M. Peter.) — M. Conchon : Etude sur les abcès du cerveau consécutifs à certaines lésions pulmonaires. (Président, M. Laboulbène.)

Du vendredi 15 au mardi 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Guinon : Les agents provocateurs de l'hystérie. (Président, M. Char-

cot). — M. Cantin : Des lymphangites péri-utérines non puerpérales, et de leur traitement. (Président, M. Trélat). — M. Coffin : Etude sur les complications des fibro-myomes de l'utérus. (Président, M. Trélat.)

Jeudi 21. — M. Ducurtil : De la ténotomie à ciel ouvert, comme traitement du torticolis musculaire chronique. (Président, Duplay.) — M. Besançon : Néphrite liée à l'aplasie artérielle. (Président, M. Proust). — M. Méry : Anatomie pathologique de la sclérodermie. (Président, M. Proust.) — M. Simon : La langue névropathique. (Président, M. Peter). — M. Dauthuille : Etude sur le sulfonal. (Président, M. Peter.)

Du 22 au 24. — Pas de thèses.

Lundi 25. — M. Jouve : Contribution à l'étude de la pathogénie et du traitement du prolapsus utérin. (Président, M. Trélat.) — M. Louvet : Pathologie et formes cliniques de l'ophthalmie sympathique. (Président, M. Trélat.)

Mardi 26. — Pas de thèses.

Mercredi 27. — M. Delbet : Pronostic et traitement des anévrysmes artério-veineux. (Président, M. Trélat.) — M. Baudoin : Contribution à l'étude des syphilis graves précoces. (Président, M. Fournier.)

Jeudi 28. — M. Azoulay : De la pectoriloquie dans les maladies de poitrine, et comme signe de début de la tuberculose pulmonaire. (Président, M. Peter.) — M. Bastide : De la castration dans la tuberculose testiculaire. (Président, M. Panas.) — M. Benoit : Etude sur le choix d'un traitement de l'ongle incarné. (Président, M. Laboulbène.) — M. Terrail : De la morphine dans le traitement de l'hystérie chez la femme. (Président, M. Laboulbène.) — M. Gibotteau : Essai sur le développement des fonctions cérébrales et sur les paralysies d'origine cérébrale chez l'enfant. (Président, M. Grancher.)

## FORMULAIRE

### Traitement de la dacryocystique. — Guaita.

Dans les formes légères de la dacryocystite, la dilatation du sac lacrymal et les injections réussissent ; mais lorsqu'il existe une fistule, la dilatation et les injections ne suffisent plus. Si la muqueuse est enflammée, épaissie, ulcérée, il y a lieu de la détruire, et de provoquer la formation d'une cicatrice rétractile, qui restreigne la cavité trop dilatée. A l'aide du fer rouge, on pratique au sac une large incision verticale, intéressant aussi le ligament palpébral interne, et on remplit la cavité avec un tampon de gaze à l'iodoforme. Vingt-quatre heures plus tard, on enlève le tampon, et on se trouve en présence d'une cavité dilatée, que l'on peut aisément inspecter et cautériser. Après la cautérisation, la cavité du sac est encore une fois remplie avec de la gaze à l'iodoforme. Enfin, si deux ou trois jours plus tard, on remarque quelque point insuffisamment cautérisé, on y applique encore une fois le thermo-cautère. — Dans le cas où le larmoiement persiste après la guérison, on passe des sondes graduées à travers les voies naturelles. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les bonnes et mauvaises chances dans la profession médicale. — Le *British med. Journ.* essaye de prévoir quel sera l'avenir des 668 jeunes gens entrés cet automne dans les Ecoles de médecine de l'Angleterre.

Il se base pour cela sur les recherches statistiques publiées en 1869 par sir James Paget sur 1,000 de ces élèves dont la carrière ultérieure lui était bien connue.

On voit dans cette statistique de James Paget que pour ces 1,000 étudiants le succès avait été :

Très brillant pour 23, soit 2.3 p. 100; Assez brillant pour 66, soit 6,6 p. 100 ; Médiocre p. 507, soit 50,7 p. 100; Très médiocre pour 124 soit 12,4 p. 100. Nul pour 96, soit 9,6 p. 100.

Ces 96 derniers furent obligés d'abandonner la profession.

Sur les 1,000 étudiants du début, 87 moururent pendant les dix premières années de leur carrière (soit 8,7 p. 100), et 41 au cours même de leurs études (soit 4 p. 100).

M. Field, directeur de l'Ecole médicale près l'hôpital Sainte-Mary, est arrivé à des résultats à peu près semblables.

Sur 616 étudiants sortis de cette Ecole, 17 ont abandonné la carrière médicale, 171 ont été complètement perdus de vue. 64 sont morts et 12 n'ont réussi à se créer aucune position. Le nombre de ceux qui exercent actuellement la médecine est de 453 (ou 61,2 p. 100), dont 34 seulement (soit environ 5 p. 100), ont réussi à acquérir une grande renommée et une brillante position.

## COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1889, l'ouverture du concours pour l'emploi de chirurgien suppléant à l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare (désignation éventuelle de trois candidats) a été reportée du lundi 4 mars au lundi 11 mars, à midi. Il continuera les jours impairs suivants.

L'ouverture du concours pour l'emploi de médecin suppléant à la même infirmerie (désignation éventuelle d'un candidat) a été reportée du mardi 5 mars au mardi 12 mars, à midi. Il continuera les jours suivants.

La date de la clôture du registre d'inscription des candidats (direction de l'administration pénitentiaire, cabinet du conseiller d'Etat directeur) est reportée du samedi 23 février au samedi 2 mars, à quatre heures.

Les candidats qui seront admis à concourir recevront, avant le 7 mars, avis de la décision les concernant.

— A la suite du concours ouvert à l'asile Sainte-Anne, le 10 décembre 1888, sont nommés dans les asiles publics d'aliénés de la Seine :

1° *Internes titulaires en médecine* : MM. Roubinowitch, Béchet, Berbez, Rieder, Marie, Blin, Bernard et Ravé.

2° *Internes provisoires en médecine* : MM. Guérin, Vigouroux, Barazer et Targowla.

— Les cours et les conférences de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 4 et le mardi 5 mars. Ils reprendront le mercredi 6.

École de médecine d'Alger. — M. le professeur Texier est nommé directeur de l'École.

École pratique des Hautes-Études. — M. Delage (Marie-Yves), professeur de zoologie, anatomie et physiologie comparée à la Faculté des sciences de Paris, est nommé directeur adjoint du laboratoire de recherches de zoologie expérimentale (section des sciences naturelles).

— La deuxième session du Congrès international d'hydrologie et de climatologie se tiendra à Paris, du 3 au 10 octobre 1889.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur de Ranse, à Paris, 53, avenue Montaigne.

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 2 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « Science et Patrie », par M. Gaston Tissandier, rédacteur en chef de *la Nature*.

— L'Académie de médecine a reçu du ministre de l'Instruction publique l'ampliation d'un décret qui l'autorise à accepter un legs fait par le docteur Brisson. Ce legs, qui s'élève à une centaine de mille francs, devra être placé en rentes 3 0/0. Les arrérages en seront employés à la fondation d'un prix que l'Académie décernera tous les trois, quatre ou cinq ans, à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir les maladies reconnues jusque là incurables dans l'état actuel de la science.

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Pozzi, docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

— La bibliothèque médico-psychologique de M. le docteur Morel va être mise en vente aux enchères, à Paris, du 18 au 22 mars.

Cette importante collection comprend plus de dix mille ouvrages sur le système nerveux, le somnambulisme, les maladies mentales, les asiles d'aliénés, l'hygiène, la médecine et la chirurgie.

MM. J.-B. Baillière et fils, libraires, 19, rue Hautefeuille, enverront gratis le catalogue aux personnes qui leur en feront la demande et se chargeront des commissions qu'on voudra bien leur confier.

LA MORPHINE SANS ORDONNANCE ET LES PHARMACIENS. — A la Société de médecine légale de France, M. Motet a cité le fait d'un pharmacien qui, ayant délivré de la morphine sans ordonnance, a été condamné à 600 fr. d'amende et quinze jours de prison. M. Brouardel a rappelé un fait analogue : un pharmacien fut condamné pour avoir délivré de la morphine sans ordonnance, à payer l'entretien d'une malade jusqu'à sa mort dans une maison de santé, le Tribunal ayant jugé que l'administration continue de la morphine avait, par la faute du pharmacien, mis la malade dans l'état de débilité où elle se trouvait.

SŒURS DE CHARITÉ EXERÇANT LA PHARMACIE AVEC UN PRÊTE-NOM ; CONDAMNATION A LYON. — Le syndicat des pharmaciens de Lyon et du Rhône avait, depuis 18 mois environ, provoqué des poursuites contre une pharmacie bien connue à Lyon de longue date, et désignée sous le nom de *Pharmacie des Quatre-Chapeaux*. Cette pharmacie, installée au centre de la ville, dans un couvent des sœurs de Saint-Charles, ne se révélait aux passants par aucun signe extérieur ; néanmoins elle faisait un chiffre d'affaires assez considérable.

Le tribunal correctionnel de Lyon a condamné à 500 fr. d'amende, le 7 janvier 1889, la dame Drivon, en religion sœur Pétronille, qui s'occupait spécialement de la direction de la pharmacie, ainsi que le sieur Descombes, pharmacien prête-nom ; de plus, il a ordonné la fermeture de la pharmacie et condamné les deux prévenus à payer solidairement au Syndicat des pharmaciens une somme de 100 fr. à titre de dommages-intérêts.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Antoine Mougeot, décédé à Bruyères (Vosges), à l'âge de 74 ans. Naturaliste et surtout mycologue distingué, le docteur Mougeot était chevalier de la Légion d'honneur et ancien président du Conseil général des Vosges ; — et celles de MM. les docteurs Claude (de Nomény), Jacques (de Sains), Masseloux (de Clussais), Pascaret élève du service de santé militaire ; Régnier (de Blaye), Simon (de Caen), Truchot (de Lyon).

— On offre **un poste avantageux** situé sur une grande ligne de chemin de fer. — Seul médecin dans la localité. — Convient à un docteur faisant de la pharmacie. — Conditions : prendre le loyer de la maison du titulaire, parfaitement aménagée. — S'adresser aux bureaux du Journal.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Une lacune signalée par M. le professeur Jaccoud dans l'anatomie pathologique de la maladie bronzée d'Addison, à savoir, les lésions de la moelle dans cette maladie, a été l'objet de recherches de MM. Babès et Kalindero (de Bucharest) et d'un rapport de M. le professeur Cornil à l'Académie. Nos savants confrères de Bucharest ont trouvé dans un cas de ce genre une sclérose chronique de la moelle limitée surtout autour des racines postérieures des nerfs spinaux et nne névrite de ces racines. La constatation de ces lésions présente un sérieux intérêt, car il se pourrait que les symptômes nerveux trophiques de la maladie bronzée fusseut sous la dépendance de ces lésions. Ce cas pourra évidemment servir de point de départ à de nouvelles recherches, destinées à infirmer ou à confirmer l'opinion de MM. Babès et Kalindero.

Le rapport de M. Hervieux sur les Sociétés de secours mutuels va probablement modifier profondément la constitution de ces Sociétés, car les vaccinations et revaccinations, décrétées par l'Académie, obligatoires pour tous dans certains cas, peuvent ne pas être acceptées par tous les membres de ces Sociétés. Néanmoins, comme le bon sens et le bon droit est du côté

# FEUILLETON

## CAUSERIE

*Voyage à Merv*, par M. Edgar BOULANGIER.

*Du Caucase aux Indes à travers le Pamir*, par M. Gabriel BONVALOT (1).

Après la prise de Ghéok-Tépé et l'écrasement des Turkmènes, la forteresse renfermait environ 7,000 cadavres humains et une quantité innombrable de cadavres d'animaux, sans compter sept cimetières remplis de centaines de morts. Les lignes de retraite des Tekkés étaient jonchées de milliers de corps; du côté du camp russe, c'était aussi un vrai cimetière. « Nos chevaux, dit le docteur Heyfelder, médecin en chef de l'expédition, ne pouvaient pas faire un pas sans heurter de leurs sabots le crâne d'un Turkmène enterré à la surface du sol. Trois jours après la prise de cette place, où 35,000 hommes environ avaient été enfermés avec leurs animaux domestiques, le typhus se déclara dans notre garnison. Tant que nous restâmes dans cette nécropole, il ne fallut pas songer à combattre le fléau. J'obtins enfin la permission de porter le camp sur un terrain salubre du côté des montagnes et le typhus cessa immédiatement. »

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 23 février 1889.

de M. Hervieux et que les Sociétés ont tout intérêt à se ranger à son avis, il n'y aura pas lieu de tenir compte des résistances qui pourront se prduire, et, en tout cas, les Sociétés de secours mutuels feront bien de prendre les mesures propres à les mettre en garde contre les récalcitrants. — L.H P.

---

## Note sur un cas d'hydro-salpingite

(AVEC PRESENTATION DE LA MALADE)

*Son nouveau traitement électrique.*

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 11 février 1888 (1).

Par le docteur G. APOSTOLI.

12 novembre. — Elle paraît aujourd'hui toute transformée ; son teint est meilleur ; c'est une *véritable résurrection symptomatique.*

Au point de vue local, la transformation n'est pas moins grande, et deux faits sont marquants au delà de toute expression : d'abord la disparition presque totale de toute sensibilité superficielle dans les deux culs-de-sac, au point que cette femme, que l'on pouvait à peine toucher, surtout à droite, il y a deux jours encore, peut maintenant supporter, sans se plaindre, un toucher vaginal assez profond, accompagné d'un palper combiné.

La transformation anatomique n'est pas moins radicale, car, à la place de la tumeur rénitente à droite et grande comme un œuf de poule, on ne trouve plus aujourd'hui qu'une masse à consistance fibreuse, à surface un peu inégale, diminuée des deux tiers et accolée à l'utérus sans aucune rénitence et avec très peu de sensibilité.

A gauche, on observe la même transformation anatomique et symptomatique.

Avant de procéder au toucher vaginal, le tampon qui était resté en place depuis le 10 a été soigneusement examiné; il ne contenait pas de sang, mais était rempli d'un *liquide séreux et citrin*, qui, après l'expression, a été de la valeur de deux cuillers à café.

Le diagnostic est, dès lors, confirmé. On ne se trouve plus en présence d'une collection purulente, comme on pouvait le croire le premier jour, mais bien d'une cavité

(1) Suite. — Voir le numéro du 28 février 1889.

---

La cessation du typhus dépend encore d'une autre particularité du sol et de l'air de la région, qui sont doués d'une grande sécheresse. Cette sécheresse, dit M. Boulangier, rend compte d'un fait curieux, la parfaite conservation des cadavres ensevelis dans un sol bien sec. Au cours des travaux d'assainissement entrepris après la pacification de l'oasis et qui durèrent plusieurs semaines, occupant 400 à 500 ouvriers indigènes, le docteur Heyfelder entendit un jour des Asiatiques s'écrier : *Adom! Adom!* (Un homme!) Ils avaient découvert dans l'enceinte de la citadelle un cadavre parfaitement conservé après sept à huit semaines d'ensevelissement à l'abri de l'air. Quelques jours après, on trouva un cadavre de femme non putréfié, et quand furent exhumés, au printemps, les restes du malheureux général-major Pétrousevitch, envoyé à la mort le 23 décembre 1880, on se trouva en présence d'un corps complètement intact, les traits mêmes n'étaient nullement altérés.

Le docteur Heyfelder a pu également vérifier l'excellente influence que la sécheresse de l'air, en s'opposant à la pullulation des bactéries, exerce sur la guérison des blessures. Pendant la retraite rapide de 1879, les troupes emportèrent leurs blessés, mais on n'eut ni le temps ni les moyens de changer les pansements, de donner les soins les plus élémentaires. Quand on atteignit le bord de la mer Caspienne, la plupart des blessures des parties molles étaient guéries.

Pendant la construction du chemin de fer transcaspien, l'approvisionnement d'eau a été particulièrement difficile, puisque la seule partie de la ligne à peu près à l'abri des disettes est la section de 150 verstes traversées par le Tedchen et le Mourgab. Partout

kystique à droite, qui ne peut être qu'un *kyste de la trompe*. A gauche, il n'y avait pas de kyste et la salpingite était purement inflammatoire.

15 novembre. — L'amélioration se maintient et la situation générale et locale est aussi bonne; la marche est facile et toutes les fonctions deviennent normales (appétit, digestion, sommeil, etc.).

La régression a fait encore de nouveau progrès et les culs-de-sac ont leur profondeur presque normale; aussi trouvons-nous aujourd'hui une nouvelle confirmation anatomique de ce retrait, dans la disposition topographique des orifices de ponction; elles ont été faites sur la même ligne horizontale, passant par le col, et aujourd'hui elles se trouvent situées presque au milieu du cul-de-sac postérieur, en vertu du plissement général de la muqueuse qui s'est retirée sur elle-même comme une bourse.

L'utérus, quoique toujours fixé en arrière, a acquis un peu de mobilité. Même pansement vaginal.

17 novembre. — Continuation de l'amélioration; elle n'a pas repris son travail extérieur, mais elle peut faire son ménage.

24 novembre. — N'est pas revenue nous consulter depuis le 17 novembre, parce qu'elle a eu ses règles le 18, qui ont apparu pour la première fois depuis le 21 septembre. Elles ont été précédées par deux heures de douleurs assez intenses, qui ont continué pendant toute leur durée. Elles ont duré trois jours et demi et plus abondantes que d'habitude.

Si elle compare la dysménorrhée actuelle avec celle qu'elle éprouvait étant demoiselle, elle trouve une grande difference. Autrefois elle avait des douleurs générales dans tout le ventre, tandis que maintenant la douleur s'est cantonnée dans la fosse iliaque gauche seulement, et elle n'a pas souffert à droite.

Elle a dû s'aliter par moment, par suite de la fatigue qu'elle éprouvait.

Depuis la fin des règles, elle se trouve très améliorée et se porte aussi bien qu'avant leur venue. Le facies est très bon, et elle a engraissé. Aujourd'hui, vu l'état voisin des règles, qui ont fini le 22, le cul-de-sac latéral gauche est un peu plus gonflé que lors de la dernière visite, ce que l'on constate très nettement à l'écartement de l'orifice de ponction, qui a quitté le cul-de-sac postérieur pour reprendre la place qu'il occupait primitivement dans le cul-de-sac latéral gauche.

29 novembre. — Même état. En dehors des forces qui ne sont pas encore totalement revenues et qui l'empêchent de reprendre tout son travail extérieur, toutes les fonctions paraisssent être normales.

---

ailleurs, les puits et les ruisseaux étaient d'importance médiocre et de débits très variables; il existe même des étendues considérables sans la moindre source.

Il a fallu distiller l'eau de mer, creuser de nouveaux puits, transporter l'eau du Tedchen et du Mourgab au moyen de conduites en fonte et de canaux découverts, faire descendre l'eau des montagnes de Perse au moyen de conduites qui l'amènent sous pression dans les réservoirs, sans le secours d'aucune machine élévatoire; ces montagnes, que le chemin de fer longe sur plus de 300 verstes, lui servent de machine à vapeur. Enfin, l'emploi de wagons citernes a permis de satisfaire aux besoins de la consommation sur les points les plus déshérités.

M. Boulangier donne des détails curieux sur les mœurs des Merviens. Un reproche qu'on peut leur faire, dit-il, est indiqué dans l'épigramme suivante : « Les gens de Merv se distinguent par leurs largesses et leur humanité; mais, auprès des femmes, ils sont plus faibles que des enfants; l'homme le plus chaste est entraîné par elles dans le chemin de l'erreur. Il faut être bien sûr de ses forces pour aller à Merv. » Mais il paraît que cela était vrai il y a longtemps, très longtemps, et que les temps sont bien changés depuis. S'ils ne sont plus luxurieux, les Merviens paraissent avoir le goût assez dépravé au point de vue de la nourriture. Voici un de leurs régals :

L'énorme queue des moutons du pays n'est qu'une masse de graisse, d'un goût très particulier, et souvent désagréable. On prend deux ou plusieurs de ces queues, on les fait fondre dans un chaudron en fer, de forme demi-sphérique, puis la graisse liquide est chauffée à une température assez élevée pour calciner le petit tissu fibreux et mus-

3 décembre. — A l'examen local on constate :

1° Une légère surélévation du col qui est moins abaissé et qui se dirige en haut.

2° Diminution de l'exsudat périphérique bi-latéral et atténuation considérable de toute sensibilité à la pression.

3° Les deux orifices de ponction ont quitté les faces latérales de l'utérus et sont actuellement situés dans le cul-de-sac postérieur.

4° L'utérus reste toujours fixé au sacrum par sa face postérieure. L'hystérométrie, un peu douloureuse, mesure 6 1/2.

Symptomatiquement, la malade se trouve complètement restaurée; elle n'a aucune douleur spontanée, la marche est très facile; elle n'a aucune pesanteur abdominale; elle a un excellent appétit, les digestions sont bonnes; elle a engraissé, a repris des forces et le teint est coloré.

27 décembre. — A été réglée le 20, *pour la première fois de sa vie, sans aucune douleur*, et ses règles ont duré cinq jours avec un peu plus d'abondance que précédemment.

Elle vient de reprendre ses relations sexuelles qu'elle avait interrompues depuis le 1er septembre et n'en a nullement souffert.

Depuis le 5 décembre, elle travaille cinq heures par jour à la *machine à coudre*, avec une seule pédale et du pied droit; ce travail la fatigue sans que cette fatigue soit assez grande pour l'obliger à l'interrompre.

15 janvier 1888. — Depuis le 1er janvier, elle travaille toute la journée à la machine, et malgré cet accroissement de travail, elle n'en est plus incommodée.

27 janvier. — Elle vient d'être réglée avec un retard de plusieurs jours, sans aucun malaise, sans interrompre un seul instant son travail à la machine, que depuis le 20 janvier, elle fait hors de chez elle dans un atelier. La menstruation a duré trois jours et avec peu d'abondance. Tout s'est passé dans le plus grand calme.

10 février. — La guérison absolue symptomatique se maintient dans toute son intégrité, et en dehors de l'affirmation de la malade, qui est très précise, on pourrait en trouver la confirmation la plus évidente dans ce fait, c'est qu'elle peut suffire au travail des plus pénibles de la machine à coudre, de sept heures du matin à sept heures du soir, sans être nullement fatiguée, et sans avoir été obligée de l'interrompre même pendant ses dernières menstruations de décembre et de janvier.

Toutes ses fonctions s'exécutent dans une parfaite normalité, et elle déclare même se mieux porter qu'avant sa dernière grossesse, et ne plus éprouver les petits malaises qu'elle avait alors.

---

culaire qui contient la graisse. On réduit au même état les quelques morceaux de viande qu'on y jette. Le tout est versé dans un plat en bois de deux pieds de diamètre et de huit ou neuf pouces de profondeur au centre. Les heureux convives appelés à participer à cette préparation royale s'asseyent en rond autour du grand chaudron et plongent dans la graisse liquide de petits morceaux de pain grillé, saisissant de temps en temps avec les doigts un morceau de viande à demi calcinée qui a le goût d'une cendre graisseuse. Quand la masse liquide a perdu sa température excessive, le maître de la maison saisit le plat des deux mains et ingurgite une lampée de près d'un demi-litre. Chacun des convives, d'après l'ordre de son rang, reçoit cette coupe écœurante et absorbe sa part avec une satisfaction manifeste. Quand elle a fait le tour et qu'elle est de nouveau entre les mains du maître de la maison, s'il reste encore de la graisse liquide, chose qui arrive rarement, il avale ce reste et passe le vase au principal invité, qui doit alors essuyer la graisse qui adhère encore à ses parois, en partie avec un morceau de pain et en partie avec son doigt, et la dévore avec une voracité évidente. Ce serait une impardonnable infraction au bon goût que de se refuser à cet exercice.

Plus tard, revenant en Caucasie, M. Boulangier visite les raffineries de pétrole de Baken et s'extasie devant ces huiles épaisses, foncées, particulièrement odorantes, qui se transforment par distillation, puis par compression, en un gâteau de paraffine, sèche et blanche comme de l'albâtre; ou bien donnent, par évaporation et filtration, une sorte de graisse inodore, complètement inaltérable à l'air et tellement appétissante que..... Non, M. Boulangier n'est pas d'origine mervienne, et n'aime pas plus manger de la

*Examen local.* — 1° La pression abdominale, si profonde qu'elle soit, ne provoque aucune sensibilité.

2° Au toucher, on trouve l'utérus, de volume et de consistance normale, en rétroflexion avec abaissement. Le col est normal, sans ulcération.

3° Tous les culs-de-sac sont libres, ont une profondeur normale, et il n'y a aucun empâtement péri-utérin superficiel.

4° L'utérus reste encore fixé au sacrum, mais on peut toutefois le soulever légèrement.

5° A un toucher profond, on constate que les régions latérales de l'utérus sont encore sensibles lorsque le doigt touche les annexes, qui sont considérablement abaissées et un peu hypertrophiées.

6° Au toucher rectal, la pression médiane de l'utérus en rétroflexion n'est pas douloureuse, et l'on peut parfaitement, vu sa grande rétroflexion, contourner l'utérus et son bord supérieur; on peut très bien explorer latéralement, de chaque côté, la trompe et l'ovaire qui forment une masse un peu hypertrophiée, plus grande à droite qu'à gauche, et sensible des deux côtés à la pression. L'ovaire, à gauche, est très nettement perçu et paraît normal; à droite, au contraire, il paraît enclavé dans une petite gangue d'exsudat avec la trompe. (*A suivre.*)

## REVUE TRIMESTRIELLE

### DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

**Le sulfate de quinine considéré comme utéro-moteur. — Le palper abdominal. — Le détroit inférieur musculaire. Protection du périnée.**

LE SULFATE DE QUININE CONSIDÉRÉ COMME UTÉROMOTEUR. — Nous avons publié dans les précédentes revues un compte rendu des travaux du docteur Cordes (de Genève) sur le sulfate de quinine considéré comme utéro-moteur et analysé un mémoire du docteur Misrachi (de Salonique), qui n'admet pas cette action utéro-motrice. Le docteur Cordes nous écrit qu'à son tour il n'admet pas cette fin de non-recevoir. Il a eu 26 cas de succès sur 28. Cette statistique lui semble encourageante. Il en appelle à de nouvelles expériences de notre confrère de Salonique, lequel du reste se serait

---

vaseline que de la graisse de queue de mouton. J'ose à peine le dire, s'écrie-t-il, il aurait été question d'inaugurer une nouvelle cuisine à la vaseline. C'est bien assez d'employer ce délicieux dérivé du pétrole au graissage des bottes ou à la confection de pommades indélébiles et d'onguents pharmaceutiques!

Ici nous sommes dans le pays d'origine des adorateurs du feu, et l'auteur rappelle quelques-uns des préceptes de l'antique religion de Zoroastre : « C'est un malheur que de mourir dans le célibat. Une fille devient coupable si elle parvient à l'âge de 18 ans sans être mariée; et, si elle meurt vierge, l'enfer l'attend jusqu'à la résurrection générale des êtres. » Hérodote et Strabon affirment que les rois de Perse faisaient des présents, chaque année, à ceux de leurs sujets qui avaient la plus nombreuse famille.

Et les obligations réciproques des époux, il faut voir avec quelle sollicitude cette question est traitée par le prophète!

« Etre fidèle, et remplir le devoir conjugal une fois au moins tous les neuf jours; telles sont les principales obligations du mari. Celles de la femme sont la soumission, le respect et l'obéissance. Des récompenses sont promises aux épouses qui, bien instruites, regardent leurs maris comme leurs maîtres, et des peines sont réservées aux épouses indociles, assez mal instruites pour ne pas reconnaître le pouvoir auquel elles sont subordonnées. »

Terminons par quelques détails sur le général Annenkoff, le directeur des travaux du chemin de fer transcaspien, M. Lorin, correspondant du *Journal des Débats*, s'exprimait ainsi dans une lettre adressée à ce journal, en septembre 1887 : « Le côté parti-

déclaré tout disposé à de nouvelles recherches. De son côté, le docteur Cordes continue les siennes. Nos lecteurs seront tenus au courant des résultats obtenus par nos deux honorables confrères. En attendant, nous nous contentons de rappeler qu'à notre avis la question n'est pas encore tranchée; que le sulfate de quinine dont l'action a été nulle dans des cas où il s'agissait de provoquer les contractions du travail (expériences de MM. Tarnier et Pinard), a semblé efficace dans d'autres cas.

Il suffirait d'une prédisposition de l'utérus pour que le sulfate de quinine déterminât l'avortement. Ce qui est difficile, c'est de savoir quels sont les utérus prédisposés. Voici d'ailleurs, sur ce sujet, l'opinion de M. Tarnier. Après avoir rappelé les expériences faites avec le concours du docteur Pinard, il ajoute : Quelques faits observés par moi sont en contradiction avec les précédentes expériences. La conclusion à laquelle on arrive est donc celle-ci : il faut donner du sulfate de quinine à une femme enceinte atteinte d'accès de fièvre intermittente; mais on doit procéder avec ménagement, de façon à essayer sa susceptibilité. (*Cours d'accouchement*, Tarnier et Budin, t. II, p. 25.)

Le docteur Misrachi, exerçant dans un pays de marécages, a constaté une grande tolérance des utérus gravides pour la quinine; mais Duboué (cité par Tarnier) qui croit à l'action du sulfate de quinine sur l'utérus, pense en même temps que, dans les cas de fièvre intermittente, ce médicament produit sur le système nerveux une sédation favorable. La tolérance de la femme pour la quinine est d'autant plus grande que l'affection palustre est plus ancienne et plus grave; la femme enceinte bénéficie de cette tolérance. Avec 75 centigrammes ou 1 gramme de sulfate de quinine chez une femme menacée de faire une fausse couche, on empêche, en général, l'avortement; si, d'autre part, on donne du sulfate de quinine à une femme chez laquelle on a cru à tort à une affection palustre, on peut avoir, suivant la susceptibilité de la malade, ou de simples contractions utérines ou des contractions qui amènent l'avortement.

Le docteur Misrachi, qui semble *a priori* se trouver dans les meilleures conditions pour observer l'action du sulfate de quinine, puisqu'il exerce dans un pays où règne la fièvre palustre, pourrait donc, en réalité, se trouver dans de mauvaises conditions pour contrôler les faits cités par le docteur Cordes, à en juger par l'opinion de Duboué; car, suivant celui-ci, l'avortement est rare chez les femmes atteintes de fièvre intermittente et soumises au sulfate de quinine, la tolérance pour ce médicament étant d'autant plus grande que l'affection paludéenne est plus ancienne et plus grave.

Nous souhaitons vivement que les recherches nouvelles de nos confrères éclairent une question si controversée et si intéressante et n'aboutissent pas comme les précédentes

---

culier de cette œuvre gigantesque, c'est qu'elle est un monument de grandeur morale, c'est qu'elle porte vraiment l'empreinte de ce qui fait surtout l'homme, la volonté. J'ai vu bien des choses qui honoraient l'esprit humain par la profondeur des combinaisons scientifiques d'où elles étaient sorties; je n'ai rien vu qui donnât une plus haute idée de l'homme, de sa capacité à vouloir, de la mission divine qui assure son règne sur la création. Il est impossible, de loin, de se faire une idée de l'énergie que le général Annenkoff a dû déployer et qu'il a su inspirer à ses collaborateurs. Il lui a fallu en quelque sorte les fanatiser par son exemple personnel. Dans cette Asie, on ne fait quelque chose qu'en se prodiguant. Ce ne sont pas les enfants de nations vieillies qui se seraient risqués sur ces sables mouvants dans un pays dépourvu d'eau et de feu. Un Américain ne se serait peut-être pas laissé intimider par les difficultés lorsqu'il s'agissait de mettre les choses en train, mais il n'y avait qu'un de ces hommes dont parle de Maistre, « qui ont dans le cerveau de quoi faire sauter une citadelle » qui fût capable d'aller jusqu'au bout et d'arriver à bon port ».

Le travail opiniâtre n'exclut pas la franche gaieté. Elle vient naturellement à ses heures, après la besogne journalière, la satisfaction morale du devoir accompli. Le général Annenkoff a donc droit de faire feu de toutes pièces. Dans une réunion à laquelle assistent plusieurs dames :

— Pourquoi, dit-il à sa voisine, les femmes de Finlande ont-elles tant d'enfants?
— ? ? ?

à la simple constatation de susceptibilités utérines variables. Il faudrait nous dire comment on reconnaît à l'avance cette susceptibilité. Il serait précieux de posséder, comme le croit le docteur Cordes, un utéro-moteur déterminant des contractions intermittentes et non continues et par là dangereuses, ce sont les effets tétaniques du seigle ergoté qui le font proscrire de la pratique.

Le palper abdominal. — Le docteur Pinard vient de publier une seconde édition de son traité du *Palper abdominal* (Paris, Steinheil). Ce nouveau volume est considérablement augmenté. Il mérite, par son haut intérêt clinique, d'être lu et médité, et nous engageons vivement nos lecteurs à en faire une sérieuse étude. Passons en revue un ou deux chapitres de cet ouvrage en choisissant parmi les plus utiles.

Du palper abdominal au point de vue du diagnostic de la grossesse. — *Recherche de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse.* — Faites vider la vessie et le rectum; puis, la femme étant couchée sur le dos, les jambes allongées, un peu écartées, les bras sur les côtés du corps, la respiration libre et régulière, faites entre le pouce et les doigts de votre main un pli à la peau du ventre pour apprécier l'épaisseur, la tension et la sensibilité de la paroi abdominale.

Déprimant alors cette paroi avec le bord cubital de la main, sans effort, sans violence, cherchez l'utérus, masse globuleuse s'élevant plus ou moins haut au-dessus du pubis. En général, dès le troisième mois de la grossesse, l'utérus, organe pelvien, est devenu organe abdominal. Admettons que vous avez la sensation de cette masse globuleuse. Il s'agit de savoir si vous tenez sous la main l'utérus gravide. Pour cela, commencez par apprécier la *consistance* du globe.

Cette consistance, dit le docteur Pinard, diffère *absolument* de celle d'une tumeur fibreuse, et *notablement* de celle fournie par un kyste de l'ovaire, tous deux d'égal volume. Dans les cas de grossesse normale et simple, et à l'état de relâchement qui est celui que l'on rencontre ordinairement, car les contractions indolores de l'utérus sont beaucoup plus rares dans la première moitié de la grossesse que dans la seconde, l'utérus donne à la main qui le palpe, une sensation de *résistance molle*, mais qui n'est pas la fluctuation. La consistance est beaucoup moindre que celle d'une tumeur fibreuse.

La tension de la paroi est également moins prononcée que celle de la paroi d'un kyste de l'ovaire. En déprimant l'utérus gravide avec le doigt ou le stéthoscope, l'utérus s'écrase, se déprime le plus souvent, tandis que le kyste de l'ovaire roule sous les doigts ou l'instrument, se déplace, semble se dérober aux investigations. Tension permanente

---

— Eh bien! je le demandais un jour à une Finlandaise, qui m'a répondu : « Les nuits sont si longues ! »

Cette dernière soirée d'Asie, conclut M. Boulangier, m'a laissé un souvenir vengeur de toutes les calomnies débitées sur l'orgueil moscovite. Ce n'est pas dans ce pays qu'il faut chercher la marque solennelle du fonctionnaire et du bureaucrate. La France périrait — ce qui n'arrivera pas — que le bon rire gaulois aurait une seconde patrie.

Ils appartiennent aussi à la race des hommes dont le cœur est entouré d'un triple airain, nos trois compatriotes, MM. Bonvalot, A. Pépin et G. Capus, qui, en pleine saison de neige, au mois de mars, ont traversé les montagnes de l'Asie centrale, entre 3 et 4,000 mètres d'altitude, pour gagner les Indes anglaises, par un chemin encore à peu près inexploré par les Européens. Le récit de leurs fatigues, de leurs périls de toutes sortes, de leurs souffrances, des difficultés qu'ils ont eu à vaincre de la part des hommes et des éléments est raconté par M. Bonvalot avec une simplicité qui double le mérite de leur entreprise; modestie et courage vont bien ensemble.

Malgré l'inclémence des éléments, malgré la fourberie des guides, la ruse et la rapacité des populations qu'ils ont rencontrées sur leur chemin, nos voyageurs ont fini par l'emporter sur tous ces ennemis conjurés et à arriver à leur but. Le livre que M. Bonvalot a écrit sur ce voyage est rempli de détails intéressants que M. Pépin a, pour la plupart, illustrés par ses dessins et ses aquarelles. L'imprimerie Plon n'a rien négligé pour en faire une œuvre d'art et a parfaitement réussi.

M. le docteur G. Capus a, de son côté, pris des notes sur les populations peu connues

de la paroi kystique, élasticité prononcée de la paroi utérine; voilà les caractères différentiels.

Il ne faut pas oublier que si les contractions indolores sont rares pendant la première moitié de la grossesse, elles n'en existent pas moins, et que si l'on palpe au moment d'une contraction, on aura une sensation sensiblement analogue à celle fournie par une tumeur fibreuse. Chez certaines femmes menacées d'avortement, l'utérus peut conserver cette dureté presque ligneuse pendant quelques jours sans alternative de relâchement.

Supposons, maintenant, que la masse globuleuse, circonscrite par votre main, présente les deux caractères de résistance molle, de durcissement et relâchement alternatifs qui viennent d'être décrits, pouvez-vous affirmer que vous tenez l'utérus?

Le docteur Pinard croit que cette assertion est trop affirmative, car la vessie distendue par l'urine peut se contracter (Pajot et Tarnier), et un fibrome sous-péritonéal tenant à l'utérus par un pédicule grêle peut durcir sous la main.

Donc, à l'exploration externe de la masse globuleuse, il faut joindre l'exploration du contenu de cette masse.

L'utérus gravide à partir du dernier tiers de la grossesse, et parfois de la seconde moitié, est la seule tumeur abdominale dans laquelle on puisse percevoir nettement la présence d'un corps solide et mobile flottant *dans un liquide* (Pajot).

C'est ce qu'on appelle les mouvements passifs du fœtus. Ils ne peuvent être perçus pendant les premiers mois. C'est vers le quatrième que la perception de ce signe devient d'ordinaire possible et facile par le palper (Pinard), les mains étant placées de chaque côté de l'utérus, et l'une d'elles déprimant brusquement quoiqu'avec légèreté la paroi. La sensation peut être simple, double, triple, suivant que le corps s'éloigne seulement, on s'éloigne et revient, ou va frapper la main opposée.

Cependant, en général, le moment d'élection pour percevoir le ballottement est celui où le fond de l'utérus atteint la région péri-ombilicale (sixième mois). En effet, les parois de cette région sont peu épaisses, et, d'ordinaire à cette époque de la grossesse, la tête du fœtus occupe le fond de l'utérus. Or, l'extrémité céphalique est, par excellence, la *région ballottante*. Il suffit, dans bien des cas, de déprimer très légèrement avec la pulpe des doigts la région péri-ombilicale pour percevoir ce ballottement, et d iagnostic est fait.

Diagnostic de la grossesse par le palper quand le fœtus est mort et retenu dans la cavité utérine. — Les sensations fournies par le palper sont bien différentes suivant

---

des pays qu'ils ont traversés. Le travail qu'il a rédigé depuis son retour en France sur ce sujet est actuellement en cours de publication dans la *Revue scientifique*. Nous ne pouvons qu'y renvoyer le lecteur, les travaux de ce genre échappant complètement à l'analyse à cause de l'abondance des détails qu'ils renferment.

Simplissime.

---

Injection contre l'hydrocèle. — Richet.

| | |
|---|---|
| Bichlorure de mercure ........................ | 1 gramme. |
| Eau distillée .................................... | 1000 grammes. |

Faites dissoudre. — On ponctionne la cavité vaginale, on la vide, on y injecte 200 à 250 grammes de la solution mercurielle, suivant l'étendue de la poche; on malaxe un peu celle-ci, de manière à mettre tous ses points en contact avec le sublimé; on laisse ensuite ressortir environ 150 grammes de la solution, et on en conserve dans la poche à peu près 100 grammes. — Sous l'influence du sublimé, une inflammation adhésive se produit, et, quelques heures après l'opération, le scrotum devient lisse, rouge, tendu, comme érysipélateux. Il forme une tumeur dure, élastique, rénitente, en même temps que la chaleur locale est augmentée. — Plus tard, la tumeur a due à la reproduction du liquide ne tarde pas à diminuer de volume et à disparaître. — Pas de symptômes généraux, ni de stomatite mercurielle. — N. G.

que la mort est survenue pendant la première ou la seconde moitié de la grossesse.

1° *Le fœtus est mort pendant la première moitié de la grossesse.* — Lorsque le fœtus meurt dans les premiers mois de la grossesse et est retenu dans la cavité utérine, les modifications, les transformations qu'il subit sont d'autant plus accusées que la mort est arrivée plus tôt et que la rétention a été plus longue. Dans certains cas, le fœtus peut même se dissoudre, de là, l'*œuf clair* des anciens. Ces modifications ne peuvent être perçues par le palper. Le contenu de l'œuf échappe pendant la première moitié de la grossesse à nos investigations; le contenant seul — l'utérus — peut être apprécié.

On peut être appelé alors, dit le docteur Pinard, à pratiquer le palper dans trois circonstances bien différentes.

Tantôt l'utérus est difficile à rencontrer, à délimiter; tantôt il est tellement contracté qu'il s'offre à la main sous la forme d'un globe de consistance ligneuse. De là deux causes d'erreur. Dans le premier cas, on ne perçoit pas l'utérus et on nie son développement. Dans le second, on le perçoit trop et on le prend pour une tumeur pathologique, et en particulier pour un fibrome. Dans ce dernier cas, l'utérus est en état de contraction permanente et l'expulsion ne tardera pas. En dehors de ces deux extrêmes, le plus souvent le palper fera reconnaître une tumeur molle, élastique, rénitente, souvent inclinée à droite, se déplaçant facilement, et dont le volume ne sera pas en rapport avec l'âge supposé de la grossesse.

A mesure que la rétention dure plus longtemps, la résorption du liquide amniotique est plus avancée et, par conséquent, le défaut de parallélisme entre l'âge de la grossesse et le volume de l'utérus s'accuse davantage.

De plus, on pourra, à un moment donné de l'exploration, percevoir le durcissement de la tumeur. Et cette contraction indolore peut durer plusieurs minutes. Le docteur Pinard l'a vue durer, montre en main, trois minutes vingt secondes.

Dans ces circonstances, l'auscultation donnant des résultats négatifs, et le toucher pouvant même induire en erreur, car le ramollissement du col peut avoir disparu, la perception par le palper, après évacuation de la vessie, d'une tumeur durcissant sous la main, puis disparaissant, s'évanouissant, acquiert une signification assez nette pour constituer un signe certain de développement de l'utérus.

2° *Le fœtus est mort pendant la seconde moitié de la grossesse.* — Pendant cette période, le palper permet de percevoir, nonseulement les modifications du contenant, mais celles du contenu; à moins cependant que la mort du fœtus ne remonte à une époque très éloignée. Le docteur Pinard cite, à ce propos, un fait des plus intéressants. Une femme se croyait parvenue au terme de sa grossesse; mais, depuis quatre mois, elle ne sentait plus remuer son enfant. Elle sentait seulement quelque chose se déplacer quand elle se tournait dans son lit. Son ventre était développé comme il l'est chez une femme enceinte de cinq mois. Le docteur Pinard vit apparaître, par le palper, une tumeur ovoïde, régulière remontant jusqu'à l'ombilic. Il perçut aussi un ballottement, mais difficile à apprécier. Il fit alors le diagnostic de fœtus mort depuis longtemps. Dans l'intervalle des contractions, l'utérus s'évanouissait si complètement que M. Tarnier put, en déprimant la paroi abdominale, sentir l'angle sacro-vertébral, ce qui donne aussi une juste idée du ramollissement du contenu.

Quand le fœtus est mort, ses tissus se ramollissent, sa forme disparaît, l'ovoïde fœtal fait place à une masse inerte et informe. Aussi les sensations sont-elles toutes différentes de celles qu'on constate quand le fœtus est vivant. Mais, pour qu'il y ait une différence bien sensible, il faut que la mort remonte au moins à huit jours avant l'examen.

Dans les premiers jours, les sensations sont les mêmes que quand le fœtus est vivant, c'est-à-dire qu'on reconnaît et distingue les diverses parties fœtales, puis cette distinction devient moins nette et finit par être impossible. L'extrémité pelvienne se rapproche peu à peu de la céphalique, le fœtus s'incurvant et s'affaissant.

Généralement le liquide amniotique diminue, se résorbe, disparaît même presque complètement. Le docteur Pinard n'a jamais constaté l'augmentation du liquide amniotique après la mort du fœtus dans le cas de grossesse utérine. Il n'en serait pas de même quand le fœtus mort est contenu dans un kyste.

Au fur et à mesure que la macération se prolonge, la tête se ramollit, perd sa régularité et sa consistance; les os se disjoignent. Quelquefois la pression exercée à leur niveau fait percevoir une crépitation osseuse. Le siège conserve plus longtemps une certaine résistance.

Les deux fragments du livre du docteur Pinard, que nous venons d'analyser ou de reproduire *in extenso,* donneront au lecteur l'idée de l'importance clinique de l'ouvrage. Il y trouvera tous les renseignements désirables sur l'accommodation du fœtus, sur la version par manœuvres externes, sur le diagnostic des présentations et des positions, des anomalies de la délivrance, de la grossesse simple, double, triple, normale et compliquée, et une méthode nouvelle pour apprécier les rétrécissements du bassin : le palper mensurateur.

Au sujet de la recherche de l'utérus pendant la première moitié de la grossesse, nous avons noté un passage qui nous a particulièrement intéressé. Le lecteur se souvient que nous avons publié dans l'*Union* une série d'articles sur les variations d'engagement de l'utérus gravide. Or, voici comment s'exprime le docteur Pinard dans ce chapitre que nous avons résumé sous le titre : *Recherche de l'utérus.*

« J'ai eu souvent l'occasion de constater ce fait sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté, à savoir que pendant les trois premiers mois, tel utérus qui aurait été la veille nettement perçu au-dessus du détroit supérieur était devenu introuvable le lendemain par le palper. Pratiquant alors le toucher vaginal, je trouvai l'utérus caché dans l'excavation, où il séjournait plus ou moins longtemps. » (*A suivre.*)

---

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

*Sur les propriétés vaccinales de microbes ci-devant pathogènes transformés en microbes d'apparence saprogène, c'est-à-dire destitués de toutes propriétés virulentes*, par M. Chauveau. — Des expériences que j'ai entreprises à Lyon sur un certain nombre d'animaux, je crois pouvoir tirer, dès aujourd'hui, les conclusions suivantes :

Le microbe charbonneux, totalement privé de sa virulence, n'est pas devenu un simple microbe *saprogène*, apte seulement aux fermentations communes qui se passent en dehors des milieux organisés. Il a conservé un des attributs les plus précieux qui dénotent la nature infectieuse du microbe pathogène. Donc il n'a pas été transformé spécifiquement, et cet agent appartient encore à la souche d'où il est issu; il reste toujours microbe pathogène. C'est, au moins, la conclusion qui s'impose *actuellement.* Naturellement, je ne peux rien préjuger au sujet des métamorphoses ultérieures qu'il sera peut-être possible d'imprimer au *bacillus anthracis* en continuant de le soumettre à l'action de l'oxygène comprimé ou par tout autre moyen. Mais, dans l'état actuel où j'ai mis le microbe, sa transformation n'est qu'apparente. Au fond, tout destitué qu'il soit de sa fonction virulente, il n'a pas été privé de l'aptitude à la récupérer. C'est, d'ailleurs, ce que je ferai ressortir dans les développements que j'aurai à donner dans une prochaine séance.

M. Bouchard : La communication si importante que l'Académie vient d'entendre soulève deux grosses questions.

La première est celle de l'espèce, c'est-à-dire de savoir si un microbe saprogène peut devenir pathogène. Or, je crois qu'il en peut être ainsi, car pour moi les microbes ont non seulement des propriétés essentielles qui ne se modifient pas, mais ils peuvent avoir encore des propriétés accessoires, au nombre desquelles est la virulence, propriétés qui peuvent être supprimées, alors que les premières persistent. C'est ainsi qu'un microbe pathogène peut devenir — pour un temps plus ou moins long — saprogène et recouvrer ensuite sa virulence. C'est ainsi que dans la morve, par exemple, les cultures finissent par ne plus être virulentes, bien que les bacilles ne perdent rien de leur vitalité.

La seconde question est celle de savoir si une même substance est à la fois vaccinante et virulente; mais je ne veux pas l'aborder aujourd'hui et me contente de la signaler, la réservant pour une séance ultérieure.

M. CHAUVEAU : Bien que cette question rentre dans la seconde communication que je dois faire à l'Académie, je répondrai immédiatement que, pour moi aussi, la fonction virulente d'un microbe est une fonction contingente, accessoire.

## FORMULAIRE

INJECTION ANTISYPHILITIQUE. — Dujardin-Beaumetz.

Oxyde jaune de mercure.................... 1 gramme.
Vaseline liquide.......................... 30 grammes.

Mêlez. — Agiter le liquide avant de remplir la seringue de Pravaz. — Une injection à pleine seringue tous les 15 jours, pour le traitement des accidents syphilitiques. L'auteur affirme que les accidents locaux sont moins à redouter qu'après les injections de calomel.

N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

162 FEMMES MÉDECINS A UN CONGRÈS A SAINT-PÉTERSBOURG. — Au récent Congrès des médecins russes on a constaté la présence de 162 femmes-médecins, dont 33 sont attachées à des hôpitaux, 23 sont au service du zemslvo de diverses provinces, 8 sont attachées, à des municipalités, et 2 sont médecins dans les infirmeries de fabrique. Sur ce total de 162 femmes-médecins, 105 pratiquent leur art à Saint-Pétersbourg et 57 en province.

## COURRIER

Le concours d'agrégation en médecine s'est terminé mardi soir, par les nominations suivantes :

*Paris* : MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Netter. — *Bordeaux* : M. Ménard. — *Lille* : M. Combemale. — *Lyon* : M. Roque. — *Montpellier* : M. Sarda.

— L'Académie des sciences vient de nommer M. Berthelot secrétaire perpétuel, en remplacement de M. Pasteur, démissionnaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février, ont été nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de médecine légale :

MM. les docteurs Brouardel, Coutagne, Descoust, Garnier, Jaume, Lacassagne, Laugier, Leblond, Lutaud, Morache, Motet, Ogier, Pouchet, Socquet et Vibert.

— Par arrêté ministériel, en date du 25 février 1889, M. le docteur Eugène Verrier est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international des sciences ethnographiques.

CONGRÈS DES SOCIÉTÉS SAVANTES. — Le Congrès de MM. les délégués des Sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira au ministère de l'Instruction publique, rue de Grenelle, n° 110, le mardi 4 juin 1889, à midi et demi. Les journées des mardi 4, mercredi 5, jeudi 6 et vendredi 7 juin, seront consacrées aux travaux du Congrès. La séance générale aura lieu dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, le samedi 8 juin, à deux heures précises.

CONSEIL GÉNÉRAL DES SOCIÉTÉS MÉDICALES D'ARRONDISSEMENT. — Sur l'initiative de M. le docteur Philbert, voir *Union médicale* du 17 janvier, page 93, les délégués de plusieurs Sociétés médicales d'arrondissement de Paris se sont réunis, le vendredi, 25 février, pour délibérer sur la formation d'un Conseil général des Sociétés d'arrondissement, qui aurait pour mission l'étude des questions de déontologie et d'intérêts professionnels.

Plusieurs délégués étaient venus avec une idée préconçue, et disposés à rappeler à leurs collègues qu'on a vainement essayé jusqu'ici de fonder une Société de déontologie, un Ordre des médecins, etc. Mais, à cette objection, il a été répondu qu'il ne s'agissait nullement de créer une Société nouvelle, mais simplement de grouper en une sorte de Conseil de famille les présidents et secrétaires généraux des Sociétés existantes, pour traiter en commun les questions d'ordre général qui pourraient être soulevées dans chacune d'elles, et pour s'entendre au besoin sur une action commune.

La création du Conseil général a été décidée en principe, avec une séance annuelle au mois de janvier pour le renouvellement de ses membres.

Une nouvelle réunion doit avoir lieu à la mairie du IV[e] arrondissement, le lundi 11 mars.

— M. le docteur Masseloux, maire de Clussais, a succombé aux suites de la diphtérie, qu'il a contractée en donnant ses soins à ses malades.

— M. Topsent, docteur ès sciences, est chargé d'un cours d'histoire naturelle, en remplacement de M. Lemoine, démissionnaire.

— M. le docteur Firmin est nommé membre de la commission consultative des bibliothèques populaires, communales et libres.

École de médecine de Poitiers. — M. Brossard (Jules-René-Martial), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

M. Chrétien (Henri-Joseph-Auguste), docteur en médecine, est institué, pour une période de neuf ans, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale.

Les honoraires des médecins. — La 5[e] chambre du tribunal civil de la Seine vient de rendre en cette matière une décision qui nous paraît mériter d'être signalée à cause de son importance pratique.

Aux termes de cette décision, un médecin, comme toute autre personne ayant droit à une rémunération, est lié en principe par le taux qu'il en a lui-même déterminé.

Par exemple, s'il a fixé le prix de ses visites à dix francs, il ne peut réclamer plus tard un chiffre supérieur sous prétexte qu'il aurait appris ultérieurement que la fortune du malade permettait une demande d'honoraires plus élevée.

Victimes du devoir professionnel. — Un étudiant en médecine M. Pascaret, élève du service de santé militaire, vient de mourir à l'âge de 23 ans, d'une fièvre typhoïde contractée pendant sa période de stage à l'hôpital militaire Saint-Martin.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Anomalies vaccinales

Par le docteur COMMENGE (1).

### IV

Dans son rapport sur les vaccinations de 1875, le docteur Blot signale un mémoire de M. le docteur Dumontpallier traitant des anomalies des éruptions vaccinales.

« Ces anomalies sont relatives ou à l'ulcération des boutons ou à la complication bulleuse de l'éruption vaccinale. Chez certains de ces jeunes enfants, le bouton de vaccin se trouve comme enveloppé par une grande bulle de pemphigus qui, en dénudant le derme, le mettait dans une condition favorable aux réinoculations spontanées par le liquide de ce bouton vaccinal.

L'autre anomalie a consisté dans l'ulcération, plus ou moins étendue, plus ou moins irrégulière, du bouton vaccinal, qui a présenté des bords épais, durs et à pic, avec ou sans engorgement ganglionnaire de l'aisselle correspondante. Si bien que pour beaucoup de personnes promptes à conclure, on aurait pu croire à des accidents de syphilis vaccinale. Or, il n'en était rien. »

Dans le rapport du docteur Blot sur les vaccinations faites en 1876 (2), nous trouvons un extrait important d'un travail de M. le docteur Le Duc (de Versailles), qui parle des divers accidents consécutifs à la vaccine; il dit notamment, à propos de l'ulcération des pustules :

« L'ulcération des pustules s'est offerte une seule fois chez une petite fille de 4 ans. Le dixième jour, au lieu de pustules tournant à la dessication, on voyait un petit ulcère grisâtre, à bords taillés à pic, d'où suintait un liquide jaune, épais, sanieux. Par un traitement approprié, lotion de vin aromatique, pansement avec le cérat saturnin et l'emploi du sirop antiscorbutique à l'intérieur, cette petite plaie ne tarda pas à guérir vers le vingtième ou le vingt-cinquième jour après l'inoculation. L'enfant avait servi le huitième jour à pratiquer des revaccinations sur des militaires et chez un certain nombre d'entre eux des pustules très légitimes se développèrent sans présenter aucune modification digne d'être notée. »

Le docteur Blot cite, dans son rapport sur les vaccinations faites en 1877, le travail de M. le docteur Henri Bernard (de Grenoble) qui mentionne une éruption de vaccin anormale :

(1) Suite. — Voir le numéro du 26 février 1889.

(2) Page 187.

« Le 29 avril j'ai vacciné, dans la commune de Bresson, quatre enfants chez lesquels j'ai vu un développement de vaccin anormal. Le vaccin qui avait servi à cette opération était âgé de six jours; il avait été conservé dans un tube et provenait d'un enfant bien portant en apparence, mais dont le frère avait été longtemps malade d'une coxalgie. La mère était d'une santé chétive. Le vaccin avait été recueilli sans une seule gouttelette de sang; je n'ai donc transmis que de la lymphe vaccinale, et voici ce que j'ai obtenu chez une petite fille de 15 mois bien portante. J'ai eu une éruption analogue à des pustules d'ecthyma; la croûte une fois soulevée mettait à nu une surface rouge ne donnant aucune sécrétion. Cette enfant m'avait été présentée huit jours après l'inoculation; à ce moment, l'éruption était presque sèche. D'après les renseignements fournis par la famille, la petite fille avait eu ses bras fortement tuméfiés; l'aréole inflammatoire, au lieu d'être franche, était irisée et avait une teinte livide. Le deuxième enfant était un petit garçon âgé de 8 mois et chez lequel une éruption semblable avait eu lieu. Chez les deux autres (8 mois et 14 mois), l'éruption avait été insignifiante et ils n'avaient pas été malades. »

Dans le rapport (1) de M. le docteur Hervieux sur la vaccination de 1878, nous trouvons mentionnés avec soin des faits d'anomalies vaccinales consistant surtout en éruptions vaccinales généralisées.

Dans le rapport sur les vaccinations de 1883, M. le docteur Blot donne des extraits du travail que j'ai envoyé à l'Académie sur les anomalies vaccinales observées dans le IVe arrondissement de Paris.

## V

M. le professeur Proust, dans une remarquable leçon sur la vaccine, professée à la Faculté de médecine en 1887, leçon publiée dans le *Bulletin médical* (2), mentionne une série d'affections pouvant compliquer la vaccine.

Après avoir parlé des lymphangites, des érysipèles, des phlegmons qui peuvent compliquer la vaccination, il cite un fait recueilli dans les auteurs allemands :

« Chez un enfant vacciné à Düsseldorf, on constate, deux ou trois semaines après la vaccination, que les pustules ont pris une apparence noire avec de la rougeur à la périphérie; une eschare s'élimina, laissant tout autour un cercle de vésicules; l'enfant mourut pendant la dixième semaine, à la suite de convulsions; en même temps que lui, 74 enfants avaient été vaccinés sans aucun accident. »

Plus loin, M. le professeur Proust cite des complications survenues chez des soldats revaccinés à Nantes par la méthode de bras à bras :

« Le vaccinifère était un jeune enfant de 4 mois à peine, chez lequel se développa, le jour même, un érysipèle qui l'emporta peu de temps après; l'enfant avait été choisi et désigné par le médecin vaccinateur de Nantes, ce qui permet de croire que lui et ses parents présentaient des garanties suffisantes.

« Moins de vingt-quatre heures après l'inoculation, au dire d'un rapport remarquable de M. le docteur Gentil, médecin principal de l'armée, quelques hommes accusaient déjà de la douleur dans le membre vacciné, de

(1) Pages 17 à 25.
(2) 11 décembre 1887.

l'engourdissement, du malaise, un état fébrile et même un peu de rougeur qui devait rapidement s'étendre et s'accompagner de tension, de tuméfaction des parties avoisinant les piqûres. Chez la plupart des vaccinés, ces symptômes n'apparurent que le lendemain, voire même le surlendemain de l'inoculation; un seul resta indemne pendant quatre jours. Au total, on compta trente hommes atteints de vastes phlegmons et d'érysipèle plus ou moins généralisé; il y eut un seul décès chez un soldat dont le tronc, la nuque et la tête furent envahis par l'érysipèle. Chez 7 malades, les pustules vaccinales se développèrent, suivirent leur évolution habituelle et ne parurent pas modifiées par l'érysipèle et le phlegmon; les deux virus ont prospéré sur le même terrain sans se porter préjudice. »

Dans une autre partie de cette leçon, M. le professeur Proust fait l'historique des accidents survenus au mois de mars 1885, à Aspières (Aveyron), à la suite d'une série de vaccinations qui causèrent plusieurs décès. Ces faits donnèrent lieu à un rapport médico-légal. Le résumé de ce rapport donnera une idée exacte de ce qui s'est produit :

« Que les enfants soient morts ou qu'ils aient guéri, les accidents ont présenté une remarquable similitude dans leur évolution et dans le moment de leur apparition. L'âge des vaccinés varie de 5 mois à 3 ans. Il est assez singulier de constater que ce ne sont pas les enfants les plus jeunes qui ont succombé. Les accidents ont apparu de la quatrième heure à la seizième, le plus souvent neuf à dix heures après l'inoculation; chez ceux qui ont guéri, ces accidents ont duré de deux à quatre jours; les vomissements puis la diarrhée chez presque tous, des convulsions chez quelques-uns. Les enfants ont succombé, quatre en vingt-quatre heures environ, l'un aurait survécu quarante-cinq heures.

« Les enfants qui ont guéri ont eu des phénomènes locaux ne ressemblant en rien à ceux qui suivent la vaccination. Chez tous, dès le premier jour, une rougeur intense, large comme une pièce de 50 centimes ou de 5 centimes, entoure les piqûres vaccinales. Une liqueur séreuse ou séro-purulente succède à la piqûre dès le premier jour ou plus autard le troisième. La cicatrisation est lente. Chez tous, une éruption impétigineuse locale et généralisée succède à l'inoculation. Rien ne ressemble, dans cette description, aux phénomènes qui sont la conséquence d'une vaccination légitime. »

## VI

Tout récemment, le docteur Perron (de Bordeaux) a publié (1) un résumé des travaux allemands concernant le récit d'épidémies de nature éruptive survenues en Prusse et qui ont coïncidé avec des vaccinations. Nous croyons utile d'en donner quelques extraits.

Cette épidémie a été étudiée avec soin par les praticiens allemands. Elle consiste en une éruption généralisée fébrile donnant lieu, sur le visage, et moins abondamment sur le tronc, les membres, à des bulles dont la grosseur varie d'un pois à celle d'une pièce d'un centime. Ces bulles diffèrent de celles offertes par d'autres maladies en ce sens qu'elles peuvent se communiquer directement et localement sous cette forme d'une personne à l'autre.

Le virus est contenu dans l'intérieur de la bulle, ainsi que le prouvent les expériences d'inoculation faites à ce sujet. La maladie est généralement bénigne.

(1) *Bulletin médical*, n° 90, 11 décembre 1888.

Cette affection, ainsi que les faits l'ont prouvé déjà en 1885, a paru coïncider avec la vaccination. Elle s'est montrée dans beaucoup de localités en 1886 et 1887. La lymphe vaccinale employée, qu'elle provînt d'enfants sains ou de génisse, était généralement conservée; il ne semble pas que les vaccinations aient eu lieu de bras à bras ou de génisse à bras. Je reproduis les conclusions de l'article de M. le docteur Perron : « La cause de l'impétigo contagieux vaccinal paraît résider dans les lymphes humaines et animales conservées ou manipulées avec de la glycérine. Elle n'est nullement particulière à l'une de ces lymphes et elle n'y préexiste pas. Elle paraît provenir du milieu ambiant introduisant un microbe spécial dans la lymphe récoltée ou d'une altération de celle-ci résultant de manipulations. »

Dans des leçons faites à l'hôpital Saint-Louis en 1887 (1), M. le professeur Fournier étudie la série des anomalies vaccinales qui peuvent donner lieu aux plus regrettables erreurs. Il énumère, d'une façon magistrale, les différences essentielles qui existent entre ces anomalies et les accidents syphilitiques, que ces accidents soient le résultat d'une vaccination syphilitique, ou qu'ils soient survenus en dehors de la vaccination et aient coïncidé avec elle. Ce travail est des plus instructifs et mérite de fixer l'attention de tous les médecins qui s'occupent de vaccination.

Après avoir examiné et analysé l'ensemble des anomalies vaccinales signalées par la plupart des auteurs, il me reste à faire connaître celles que j'ai observées moi-même. *(A suivre.)*

---

## Note sur un cas d'hydro-salpingite

(AVEC PRESENTATION DE LA MALADE)

*Son nouveau traitement électrique.*

Mémoire lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 11 février 1888 (2).

Par le docteur G. APOSTOLI.

14 juin 1888. — Depuis sa dernière visite (février 1888), elle n'a pas été un seul instant indisposée, et a pu continuer sans interruption son travail à la machine à coudre, de sept heures du matin à huit heures du soir, ne se reposant que le dimanche.

La menstruation a conservé les mêmes caractères de régularité et de facilité absolues, n'éprouvant jamais l'ombre de malaise ni avant, ni pendant, ni après, et n'étant nullement gênée par elle pour son travail. Son abondance seule a été en déclinant. Ainsi, elle a été réglée le 28 février pendant deux jours et demi; le 28 mars pendant deux jours; le 26 avril, pendant un jour et, le 26 mai pendant un jour également, et la quantité totale de sang a été en diminuant, ainsi que l'intensité de sa coloration.

Les relations sexuelles restent toujours faciles et indolores.

Toutes les fonctions, sans exception, paraissent normales ; appétit, digestion, sommeil, marche, état général, rien ne laisse à désirer.

Toujours même absence de leucorrhée.

En résumé, elle se porte encore mieux, s'il est possible, qu'au mois de février dernier, car elle a engraissé et sent que ses forces ont augmenté encore.

Peut marcher le dimanche une partie de la journée sans aucune fatigue.

*État local.* — 14 juin 1888. — 1° Même insensibilité à une pression très profonde de la paroi abdominale.

2° Utérus en abaissement; col normal sans ulcérations; rétroflexion.

(1) La *France médicale*, nos 145, 146, 147, 148, de décembre 1888.

(2) Suite et fin. — Voir les numéros des 28 février et 2 mars 1889.

3° Culs-de-sac avec profondeur normale sans aucun empâtement superficiel péri-utérin. Utérus fixé au sacrum, peu mobile et très peu sensible quand on le soulève.

Aucune sensibilité du cul-de-sac antérieur. Un peu de sensibilité à la pression profonde du cul-de-sac gauche, où l'on trouve les annexes voisins de la paroi vaginale.

Très peu de sensibilité du corps de l'utérus en arrière.

A droite, sensibilité plus vive qu'à gauche, où l'on trouve également les annexes voisins du cul-de-sac.

Il est essentiel de remarquer que le toucher superficiel des deux parois latérales n'est pas douloureux, et que, seul, le toucher profond provoque la sensibilité quand on refoule les annexes de bas en haut.

Les annexes gauches ne paraissent pas hypertrophiées et ont une apparence normale, tandis que, à droite, ces organes sont légèrement hypertrophiés et plus sensibles.

4° Au toucher rectal, on explore toujours, comme précédemment, avec la plus grande facilité, le corps de l'utérus en rétroflexion, qui n'est pas sensible au toucher, et que l'on peut contourner jusqu'à son bord supérieur.

Latéralement, on explore plus facilement encore que par le toucher vaginal les annexes, que l'on trouve à gauche très aisément, et on sépare, par le toucher, l'ovaire de la trompe, l'ovaire qui paraît normal et la trompe, qui est légèrement dure et hypertrophiée avec un peu de sensibilité.

A droite, les annexes, qui sont sur le même plan qu'à gauche et aussi accessibles, sont plus hypertrophiées; l'on ne sent plus, comme à gauche, distinctement l'ovaire et la trompe, qui forment ici un tout compact, entouré d'une petite gangue d'exsudat sensible au toucher et adjacente à la paroi latérale utérine.

7 décembre 1888. — Même situation, en tous points aussi bonne. Même travail à la machine, fait sans fatigue et sans aucune gêne, de douze à seize heures par jour.

La menstruation a conservé les mêmes caractères de facilité absolue et de peu d'abondance; mais, depuis le mois de septembre, elle éprouve des retards qui varient de six à huit jours.

Absence de leucorrhée; marche toujours aussi aisée. Intégrité absolue de toutes les fonctions.

Relations sexuelles toujours indolores.

*État local.* — Intégrité absolue des mêmes signes locaux constatés au mois de juin dernier, sauf les modifications suivantes reconnues par le toucher vaginal et rectal.

L'utérus, plus mobile, peut être assez facilement soulevé et a perdu toute sensibilité quand on presse directement sur son parenchyme.

Même abaissement des annexes des deux côtés, qui sont toujours facilement accessibles au toucher vaginal de chaque côté du Douglas, mais beaucoup moins sensibles aujourd'hui à la pression qu'ils ne l'étaient au mois de juin; il faut, en effet, exercer sur eux une pression très profonde pour provoquer une sensibilité modérée, beaucoup moins vive qu'autrefois.

Conclusions et réflexions. — Sans vouloir empiéter aujourd'hui sur l'étude générale que je me propose de consacrer au traitement électrique des salpingites, voici, sous la forme de conclusions sommaires, les déductions que je tirerai de cette observation, qui recevront, du reste, une confirmation ultérieure par l'exposé prochain d'autres faits similaires que j'ai observés.

« 1° La fièvre et l'état inflammatoire ne sont pas une contre-indication en gynécologie, à l'application méthodique bien localisée et appropriée du courant galvanique.

« 2° Les inflammations non suppurées des annexes de l'utérus peuvent être utilement traitées par le courant de pile qui, s'il est favorable dans les périodes congestives et inflammatoires au premier degré, me paraît, au contraire, contre-indiqué dans le cas de suppuration confirmée; j'en

excepte toutefois le cas où la cautérisation électrique, sous forme tubulaire, servirait à créer au pus voisin de la paroi vaginale une issue plus favorable et plus sûre.

« 3° La galvano caustique pénétrante sous forme de galvano-puncture est un précieux moyen qui peut remplir un double but : 1° faire avorter une phlegmasie au début et arrêter un processus inflammatoire dans son évolution; 2° permettre l'évacuation facile d'une collection liquide, grâce à la chute de l'eschare consécutive, à la condition toutefois que cette collection soit accolée au cul-de-sac vaginal.

« 4° Tout exsudat inflammatoire faisant saillie dans le cul-de-sac vaginal doit être justiciable (sauf les restrictions que je ferai connaître ultérieurement) de la galvano-caustique pénétrante.

« 5° Cette méthode pourra s'appliquer avec succès à certaines salpingites et à l'hydro-salpingite, et avec d'autant plus de facilité et d'innocuité qu'il y aura une juxta-position plus intime de la tumeur et de la paroi vaginale.

« 6° Dans toute galvano-puncture, on devra scrupuleusement observer les règles que j'ai précédemment formulées concernant le siège de la ponction, sa profondeur, la grandeur du trocart, les soins antiseptiques, le repos de la malade, etc.

« 7° Deux seules galvano-punctures vaginales négatives, dans un cas de salpingite aiguë double, kystique d'un côté, inflammatoire de l'autre, ont suffi pour amener très rapidement une régression considérable anatomique, et une guérison absolue symptomatique qui s'est maintenue intacte plus d'un an après la cessation de tout traitement. »

---

## REVUE TRIMESTRIELLE

### DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE (1).

Détroit inférieur musculaire. — Protection du périnée. — M. Varnier a publié chez Steinheit un travail intitulé : *Du détroit inférieur musculaire obstétrical*, travail dont la partie anatomique a été faite sous l'inspiration de M. Farabeuf et la partie clinique sous celle de M. Pinard. Ce mémoire fait preuve d'observation exacte, d'esprit critique et de sincérité scientifique.

Nous pourrions suivre M. Varnier chapitre après chapitre; mais cette analyse serait un peu ardue pour le lecteur qui n'est pas imbu de science obstétricale. Il y aurait beaucoup de numérations, de comparaisons de diamètre.

Fidèle à notre principe ordinaire qui est de nous attacher aux choses utiles dans l'exercice du métier, nous allons résumer le plus clairement possible la thèse de M. Varnier et nous chercherons à en extraire la substance clinique, c'est-à-dire le pain du praticien.

Les auteurs ont écrit que le coccyx était rétropulsé par la tête du fœtus au moment de l'expulsion. M. Varnier nous donne les preuves de cette rétropulsion, il nous en démontre la nécessité et, ce qui était inattendu, la difficulté. Cette difficulté est la cause du *retardement* de l'expulsion. Il faut que la tête fœtale repousse le coccyx. Rien de plus facile en apparence, car, nous dit M. Varnier, lorsqu'on appuie le bout de l'index introduit dans le rectum sur le coccyx d'une femme, *avant que la tête appuie sur le périnée*, cet os *joue comme une pédale*. Lorsque la tête appuie sur le périnée, il n'en est plus de même. Le coccyx résiste aux pressions. Il est bridé à droite et à gauche par deux cordes qui se tendent comme des cordes de contrebasse lorsque la contraction pousse en bas la

(1) Voir le dernier numéro.

région fœtale. *Qu'est-ce que ces cordes*? Ce ne sont pas les ligaments sacro-sciatiques, car ils ne s'insèrent pas au vertèbres coccygiennes. Ce sont les *faisceaux du releveur de l'anus* qui vont du coccyx au pubis. L'intervalle qui les sépare forme une boutonnière traversée par le conduit urogénital (urèthre et vagin) et par le rectum. Le releveur de l'anus est le principal muscle du périnée. Il en résulte que le périnée se compose non pas seulement de l'espace qui sépare la commissure postérieure de l'anus, mais de l'espace qui sépare le rectum de la pointe du sacrum. Le coccyx fait partie de ce périnée postérieur, lequel s'allonge avant le périnée antérieur.

Supposons maintenant que nous assistons à l'accouchement d'une primipare bien conformée, et suivons M. Varnier dans sa démonstration clinique. Il va sans dire que l'anatomie est venue confirmer ses recherches, et nous renvoyons à la thèse ceux qui veulent avoir une description exacte du releveur.

Le sommet se présente en O I G A, bien engagé, bien fléchi. La dilatation est grande comme cinq francs. La tête n'appuie nullement sur le périnée. Par le toucher rectal et le toucher externe combinés, cherchez le coccyx, vous le sentez comme s'il n'existait pas de parties molles, mobile dans sa totalité et formant comme une pédale.

Vous mesurez alors le périnée à l'état de repos. Son étendue est, pour le périnée antérieur, environ de 2 centim. 5; pour le postérieur, de 4 centim.

La dilatation étant complète, la tête chassée par les contractions vient appuyer sur le périnée. La rotation n'est pas faite, la vulve est fermée. Le périnée antérieur (espace qui sépare l'anus de la commissure postérieure) n'est pas modifié; mais mesurez le périnée postérieur. Il s'est allongé de 2 centimètres environ. Alors, pratiquez le toucher rectal, glissez le doigt sur la face antérieure du coccyx et attendez une contraction. A ce moment, il sera douloureusement meurtri. Donc, le coccyx cède, puis résiste à la poussée. Quelle est la cause de cette résistance? Quel est l'obstacle à une rétropulsion complète? Promenez le doigt en avant de la pointe du coccyx et vous sentirez, dit M. Varnier, dans une étendue autéro-postérieure de 1 centimètre environ, une bande rigide comme une corde de contrebasse et dont la tension, commençant avec l'effort, croît et disparaît avec lui pour reparaître à la poussée suivante. Cette corde se continue à droite et à gauche sous forme de bride semi-lunaire à la partie postérieure du détroit inférieur. Elle est renforcée par des faisceaux rigides, élastiques et contractés qui, sous forme de deux larges cordons, se portent vers les épines sciatiques. Ce ne sont pas les ligaments sacro-sciatiques. Ceux-ci peuvent être sentis plus en arrière. Ils partent de la base du coccyx, ou mieux de la pointe du sacrum, et sont également tendus chez toutes les femmes gravides ou non. Ils ne s'opposent point à la rétropulsion du coccyx. Ce qui bride le coccyx, c'est le releveur de l'anus, dont les faisceaux coccy-pubiens se tendent et entravent la rétropulsion. Reprenons le cours de l'expulsion.

Le périnée postérieur ano-coccygien s'est donc allongé. Il s'élargit, se creuse, bombe. La femme se plaint de pesanteur, de douleurs au fondement. Au lieu de 4 centimètres, mesure du périnée postérieur avant l'expulsion, on trouve 7 centimètres. Quant au périnée antérieur, il est à peine modifié. Tout l'effort porte en arrière. L'anus s'entr'ouvre à peine.

La rotation se fait. Le sous-occiput est au niveau du bord inférieur de la symphyse, le bregma, sur la pointe du coccyx. Le périnée antérieur va entrer en jeu. Il s'allonge et bombe et mesure 4, 5 centimètres au lieu de 2 cent. 5, dimension primitive. L'orifice vulvaire s'entr'ouvre, on aperçoit la tête au moment de chaque contraction.

Elle rentre dans leur intervalle. On passe encore facilement deux doigts entre la tête et l'orifice vulvo-vaginal, tandis que l'index placé comme précédemment par le toucher rectal entre le coccyx et la tête est *énucléé* au moment des contractions *comme une pierre bien ronde*. L'anus s'est entr'ouvert, les matières commencent à sortir.

A ce moment donc le périnée postérieur mesure 7 centimètres environ, et l'antérieur 5 environ. Le sous-occiput vient s'arc-bouter sous la symphyse, le bregma a dépassé la pointe du coccyx. C'est le front qui presse sur le coccyx. Moment suprême. Dès que le front aura dépassé le coccyx, la tête ne rentrera plus, l'expulsion se fera.

Le périnée antérieur s'étend et atteint 7 centimètres. La pression exercée par le front sur le coccyx est tellement forte qu'on ne peut plus glisser le doigt entre eux. L'anus est

largement ouvert. La contraction passée, la tête qui avait pointé sur une largeur plus grande que 5 francs rentre encore, on passe moins facilement le doigt entre la tête et l'orifice vulvo-vaginal; mais là n'est pas encore l'obstacle. L'obstacle est au devant du coccyx. Il faut que le front le dépasse.

Enfin, à la suite d'une contraction et d'un violent effort, *le front passe la pointe du coccyx* qui revient comme un ressort. Le périnée est distendu et mesure en totalité 14 ou 15 centimètres. *La tête ne rentre plus, car la pointe du coccyx logée dans le sillon naso-frontal la cale.*

Restent la résistance de l'hymen et de l'anneau vulvaire. Une ou deux contractions suffisent pour la vaincre. Le bregma arrive à la commissure postérieure de la vulve. Alors de deux choses l'une, ou le périnée glisse en arrière découvrant le front, puis le nez et a bouche, — dans ce cas, les diamètres sous-occipito-bregmatique et sous-occipito-frontal sont égaux, — ou le périnée ne peut se rétracter en arrière des bosses coronales le sous-occipito-frontal ayant 1 centimètre ou 1 cent. 5 de plus que le sous-occipito-bregmatique; sous l'influence d'une forte contraction et d'une vive poussée, le front sort brusquement. Cette déflexion brusque de la tête est très fréquente et expose le périnée. Il en résulte que la meilleure manière de protéger celui-ci est d'empêcher la déflexion, de retenir fortement la tête fléchie *quand le bregma est arrivé à la commissure postérieure* pour laisser à la vulve le temps de se retirer en arrière des bosses pariétales et de laisser le front à découvert par sa seule élasticité.

Tel est le principal enseignement clinique que nous ayons à tirer du travail de M. Varnier. Il a donné à la méthode de protection du périnée consistant à empêcher la sortie brusque de la tête, une précision scientifique qui lui manquait. Pour éviter les ruptures de la sangle périnéale, il ne suffit pas d'empêcher la déflexion brusque de la tête, il faut maintenir la tête fléchie, et le moment précis où l'accoucheur doit intervenir en immobilisant la tête et en disant à la femme d'ouvrir la bouche pour éviter tout effort expulsif est celui où le bregma touche la commissure postérieure. *On évitera ainsi les ruptures dans la grande majorité des cas*, dit M. Varnier qui se réserve de publier un mémoire sur ce sujet; nous avons, pour notre part, vérifié plus d'une fois l'exactitude de cette proposition, mais il faut exécuter les choses à la lettre, il ne faut pas favoriser la déflexion en soulevant doucement la tête même dans l'intervalle des contractions : *on doit empêcher toute déflexion, immobiliser la région fœtale, maintenir la tête fléchie.*

Du mécanisme de l'accouchement nous connaissons la loi générale, grâce à la puissante synthèse du professeur Pajot. L'exactitute de cette loi est confirmée par chaque découverte d'un détail ignoré de ce mécanisme. M. Varnier mesure le détroit inférieur osseux, tant de fois mesuré; il trouve, comme beaucoup d'auteurs, que le diamètre coccy-sous-pubien est de beaucoup le plus petit, 8 cent. 5 en moyenne au lieu de 11, dimensions classiques. Il en conclut, avec les auteurs, que le coccyx est rétropulsé; mais il s'aperçoit que cette rétropulsion est limitée, que le coccyx est bridé par de puissants faisceaux musculaires et que le diamètre coccy-sous-pubien reste inférieur au diamètre bi-ichiatique. Il se demande alors pourquoi la tête du fœtus ne sort pas transversalement; mais il voit que ces faisceaux musculaires du releveur de l'anus qui brident le coccyx et limitent sa rétropulsion forment boutonnière c'est-à-dire une ouverture dont le diamètre transverse est inférieur au diamètre antéro-postérieur; dès lors, la rotation de la tête est conforme à la loi, seulement elle est déterminée par le détroit inférieur musculaire, par le muscle que M. Farabeuf nomme releveur coccy-périnéal et non par le détroit inférieur osseux.

M. Varnier analyse en détail l'expulsion, le compas à la main, comparant la forme du contenu à celle du contenant. Il constate que la grosse difficulté, le *retardement* de l'expulsion, vient de la dimension du diamètre sous-occipito-frontal, diamètre négligé jusqu'à présent. Ce diamètre a 11 centimètres en moyenne. Il faut qu'il force le passage coccy-sous-pubien de dimension inférieure. Il *peine* donc longtemps contre le coccyx. C'est alors qu'on assiste à la vraie *période de désespoir*, la tête pointant hors de la vulve à chaque contraction, puis rentrant dès que la contraction est passée. Enfin, le front triomphe, la pointe du coccyx est dépassée. Elle se loge dans le sinus naso-frontal, et la tête, *ainsi calée*, ne rentre plus. Il suffit de deux ou trois contractions pour vaincre

la résistance de l'hymen et de l'anneau vulvaire. Remarquez bien ceci : la résistance de l'hymen vaincue en quelques instants. Depuis le travail de M. Budin, on considérait que la *principale cause du retardement* chez les primipares, était la résistance de l'hymen. M. Varnier nous montre que la résistance de l'hymen est nulle et que la *principale cause du retardement* est la difficulté qu'éprouve le front à franchir la pointe coccygienne. Mais alors, direz-vous, pourquoi l'expulsion est-elle rapide chez les multipares et lente chez les primipares en règle générale? L'explication de M. Budin avait cet avantage d'être d'accord avec ce fait bien connu.

Voici l'explication de M. Varnier, fournie par la lecture de ses observations plutôt que par lui-même, car il est assez avare de théories, ce qui n'est pas un défaut; il expose les faits et laisse au lecteur le soin de tirer les conclusions : Il vous arrivera où il vous est arrivé d'accoucher des primipares chez lesquelles l'expulsion se fera rapidement; et, par contre, vous assisterez ou vous avez assisté à des expulsions lentes chez des multipares, sans que la puissance utérine puisse entrer en ligne de compte. Mesurez les têtes des fœtus. Dans le premier cas, vous verrez que les diamètres sous occipito-frontaux et sous-occipito-bregmatique sont sensiblement égaux et de médiocre dimension; dans le second, le diamètre sous-occipito-frontal dépassera la moyenne et sera plus long que le sous-occipito-bregmatique.

Resterait à savoir si, toute choses égales, l'expulsion n'est pas plus rapide chez les multipares que chez les primipares. Oui, très probablement, car il faut tenir compte du relâchement des muscles périnéaux une fois et définitivement acquis par les primipares.

M. Varnier complètera sans doute un jour son étude par celle du dégagement de 'extrémité pelvienne et surtout de la face et de l'occipito-sacrée. Nous nous trompons bien, ou ces observations offriraient un grand intérêt. — Dr Stapfer.

---

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 février 1889. — Présidence de M. Le Dentu.

M. Segond fait un rapport sur un cas de varicocèle ayant entraîné une impuissance congénitale et présenté par M. Jamin. Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans chez qui les traitements habituels n'avaient jamais pu réussir à amener une érection complète et suffisamment persistante pour rendre le coït possible. Cependant, l'érection était possible dans le décubitus dorsal. M. Jamin pensa qu'il en était ainsi, parce que le varicocèle se vidait alors et fit porter au malade un appareil compresseur spécial. Les érections apparurent alors suffisantes; dans ces conditions, le chirurgien opéra le varicocèle par le procédé de M. Guyon en réséquant 2 centimètres de veine. Le succès fut complet et, actuellement, le coït est devenu possible.

Les rapports entre le varicocèle et l'impuissance ont très rarement conduit à l'opération. M. Jamin insiste sur la relation, pour ainsi dire mathématique, entre les deux affections, qui existait dans son cas.

Un grand nombre de procédés ont été préconisés pour la cure du varicocèle; il n'y en a pas qui conienneut à tous les cas, et on doit choisir selon les indications. Il faut faire attention à la fois aux douleurs, au volume des veines et à l'état du scrotum et se décider entre la ligature, la résection de la peau ou celle des veines. Quelquefois même, il est bon de combiner les différents procédés.

Henry (de New-York) préconise la simple résection du scrotum, et M. Segond a opéré de cette manière, il y a un an, un jeune homme de 18 ans. La guérison de la plaie se fit en huit jours et, après trois mois, les accidents n'avaient pas reparu. Du reste, le procédé n'est pas applicable dans tous les cas, dans celui de M. Jamin, par exemple, où l'élément vasculaire prédomine.

M. Berger fait remarquer que la disposition anatomique ne permet pas d'admettre une sorte de balancement entre la réplétion des veines du cordon et celle des veines de la verge. Il est probable que le malade de M. Jamin était un hypochondriaque et que l'opération n'a rendu les érections possibles qu'en permettant à l'état psychique de guérir.

M. Terrier partage l'avis de M. Berger. Dans un cas qu'il a opéré avec M. Terrillon, le malade craignait que l'opération ne diminuât encore sa puissance génitale. Or, c'est ce qui se produisit, et ce ne fut qu'en agissant sur son moral que l'on parvint à lui faire recouvrer sa force virile.

Le procédé de Henry est loin d'être admis par tous les chirurgiens américains, et Kees fait souvent la ligature sous-cutanée des veines variqueuses. M. Terrier n'a jamais eu d'accidents, quel que soit le procédé qu'il ait employé.

M. Lucas-Championnière fait ressortir l'importance de la douleur du testicule chez les malades à la fois varicocéleux et impuissants ; souvent on guérit l'impuissance en même temps que le testicule douloureux. Les ligatures veineuses ont été recommandées par lui dès 1875 ; malheureusement elles ne mettent pas à l'abri de la récidive; la résection du scrotum est un procédé excellent qu'a indiqué Dionis, il y a bien longtemps. Nélaton, pour obtenir le relèvement des testicules, se servait d'un anneau imaginé par un vétérinaire.

M. Quénu pense que l'on pourrait peut-être rapporter à l'état des nerfs l'impuissance qui existe dans certains cas de varicocèle. En effet, quand il y a des veines variqueuses, les petites veines des nerfs voisins sont souvent atteintes en même temps.

M. Horteloup n'a jamais vu de varicocèle avec impuissance complète; il a seulement observé des cas avec peu d'aptitude pour le coït. La résection du scrotum lui a donné des récidives, tandis qu'il n'en a jamais eu par la résection des veines postérieures, procédé qu'il a préconisé. Cette résection qui ne laisse, comme trace de l'opération, qu'un raphé un peu plus épais a été suivie dans un cas de l'affaissement des veines antérieures qui étaient énormes et, dans un autre, de l'augmentation de volume du testicule. Trente-cinq interventions ne lui ont pas donné une seule récidive.

M. Reclus, tout en admettant qu'il y a lieu de choisir selon les cas, accorde une grande importance au procédé d'Henry qu'il a employé dans sept cas. Trois de ces malades, qu'il a pu suivre, ont été opérés depuis deux ans et il n'y a pas eu de récidive. La résection veineuse peut être suivie de complications dangereuses et, une fois, il l'a vue suivie de l'atrophie du testicule.

Pour M. Le Dentu tous les procédés donnent de bons résultats, mais aucun ne met à l'abri de la récidive. Il faut choisir selon la symptomatologie du cas en présence duquel on se trouve.

M. Segond regarde le procédé le plus simple comme le meilleur quand on peut y avoir recours : or, ce procédé est la résection du scrotum qui est moins grave que les interventions sur les veines. Il est possible que le malade de M. Jamin ait été hypochondriaque, cependant il est bien établi qu'il existait chez lui un rapport entre le varicocèle et les érections. Il ne se plaignait pas de douleurs.

Le choix du procédé dépend des cas en présence desquels on se trouve. Il a employé six fois la méthode de M. Guyon et dans un cas a eu quelques accidents de phlébite. La plus grande innocuité appartient à la résection du scrotum.

M. Terrier ne regarde pas comme dangereux les procédés opératoires autres que la résection du scrotum.

— M. Chauvel lit un travail de M. Defontaine (du Creuzot) sur deux observations de résection du genou dans lesquelles il n'a pas employé de drains. Les opérations ont été faites sur deux jeunes filles adultes, pour des tumeurs blanches. L'auteur a fait ce qu'il appelle des résections intra-capsulaires et pratiqué la suture osseuse. La consolidation a été très lente et les malades marchent actuellement avec un appareil.

M. Lucas-Championnière ne voit pas l'avantage qu'il peut y avoir à supprimer le drain et dans les cas de M. Defontaine la réparation aurait été plus rapide si l'on en avait mis. Le drain est un gage de sécurité dans la résection du genou. L'expression de résection intra-capsulaire qu'emploie l'auteur peut être regardée comme hasardée, car, en résection, il n'y a qu'un principe à suivre : enlever tout ce qui doit l'être. Il est quelquefois nécessaire pour cela d'aller très loin de l'articulation.

M. Routier a fait avec succès un certain nombre de résections du genou. Dans plusieurs cas il a dû enlever six à huit centimètres d'os.

— M. Le Dentu rapporte trois cas de section incomplète de la verge par une ficelle et présente un de ces malades. La peau, l'urèthre et une partie des corps caverneux étaient atteints. Il a employé des opérations diverses pour combattre la mutilation.

— M. Berger montre une malade chez laquelle il a pratiqué l'opération de Vladimiroff-Mikulicz. A l'aide d'une incision cutanée qui peut servir pour la résection de l'articulation tibio-tarsienne et l'amputation de la jambe, il a sectionné les deux os du membre inférieur, la partie antérieure du cuboïde et des trois cunéiformes, puis enlevé ainsi l'astragale et le calcanéum. La guérison est survenue en deux mois et la malade, actuellement, marche sur les articulations métatarso-phalangiennes. Cette opération est préférable à une amputation, car il est toujours utile de conserver les orteils. A l'étranger elle a été faite 18 fois dont 13 avec succès fonctionnel.

— M. Routier présente un malade dont on a conservé le membre malgré une fracture compliquée du coude. MM. Marchand et Quénu signalent des cas analogues.

— M. Lucas-Championnière montre des pièces provenant d'un de ses opérés. Il a trouvé, en faisant la laparotomie, un rein contenant une grande quantité de liquide épais sanguinolent et un corps fibreux renfermant aussi un fort épanchement de sang.

— M. Jalaguier présente un photophore clinique électrique dû à M. Bonnier.

# FORMULAIRE

Traitement du furoncle de l'oreille. — Kirchener.

Avant d'ouvrir le furoncle, on injecte dans le conduit auditif une solution tiède contenant 1 décigramme de bichlorure de mercure pour 100 grammes d'eau distillée; puis on sèche avec de la ouate au sublimé. Après l'incision, on lave la plaie avec la même solution antiseptique, et on répète le lavage trois ou quatre fois par jour. — Cela fait, on ferme le conduit auditif au moyen de l'ouate ou de gaze au sublimé; on empêche ainsi la récidive de se produire. — Chez les personnes sujettes aux furoncles, on recommande de faire, pendant plusieurs semaines, des badigeonnages prophylactiques avec une solution de sublimé, additionnée d'nne petite quantité de glycérine (bichlorure de mercure 5 centigrammes; glycérine, 20 grammes; eau distillée, 30 grammes).

# COURRIER

Ouverture de l'Ecole du service de santé militaire a Lyon. — A la date du 27 février 1889, le ministre de la guerre a décidé que l'Ecole du service de santé militaire s'ouvrirait le 9 mars prochain.

Conformément aux dispositions de l'article 67 du décret du 25 décembre 1888, elle recevra :

1° Les élèves ayant concouru avec quatre et huit inscriptions et nommés élèves du service de santé militaire le 15 octobre 1888 ;

2° Les élèves actuellement en deuxième ou troisième années d'études, et nommés élèves en 1887, qui en ont fait la demande.

Les élèves admis entreront à l'Ecole les 9 et 10 mars ; ils recevront une lettre leur faisant connaître le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter à M. le directeur de l'Ecole.

— La première épreuve d'admissibilité du concours pour trois places de médecin du Bureau central, a eu lieu le mercredi 27 février. — Le sujet était : « De la sclérose du cœur. »

La lecture des compositions a commencé le vendredi 1er mars.

— Par décret, en date du 26 février 1889, la chaire d'accouchements, maladies des femmes et des enfants de la Faculté de médecine de Paris, prend le titre de clinique obstétricale.

M. Tarnier, professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, est nommé professeur de clinique obstétricale à ladite Faculté (chaire transformée).

— M. le médecin principal de première classe Debaussaux et M. le médecin-major de première classe Malinas sont nommés commandeurs de l'ordre de Nicham-Iftikar de Tunisie.

Sont nommés officiers du même ordre : MM. les médecins aides-majors de première classe Talayrach, Maubrac, Murie, Bazin, Carton et Girardeau.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Labrousse (de Ribérac) et de M. Lallement, professeur à la Faculté de médecine (de Nancy).

— M. le docteur Ch. Abadie nous prie d'informer le public médical qu'ayant donné sa démission de médecin de la clinique des Quinze-Vingts, il a repris la direction de sa clinique particulière, 172, boulevard Saint-Germain.

Epidémie de trichinose a Dantzig. — La trichinose existe probablement ici depuis le 15 décembre. Plusieurs cas bien authentiques ayant été constatés ces jours derniers, une ordonnance de police vient d'être promulguée. Elle prescrit les mesures les plus minutieuses contre l'extension de la maladie.

Les délinquants seront punis d'une amende pouvant s'élever jusqu'à 30 marks, et, en cas d'impossibilité de la payer, seront condamnés à autant de jours de prison qu'ils auraient dû payer de marks.

Aucun porc ne peut être abattu avant examen des inspecteurs des viandes.

Dans le gouvernement de Posen une ordonnance en vigueur depuis le 15 prescrit que l'importation de porcs tués et de viande de porcs de l'étranger ne sera tolérée que dans les endroits écartés d'un kilomètre au plus de la demeure officielle du vérificateur des viandes. (*Bull. méd.*)



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## De la péricardite.

Certains points de l'histoire de la péricardite ont donné lieu, dans ces derniers temps, à des recherches intéressantes qui ont facilité le diagnostic, souvent délicat et mis en évidence des particularités symptomatiques nouvelles; on s'est aussi beaucoup occupé du traitement chirurgical de la maladie, et les règles de l'intervention ont été soumises à une revision complète; il n'est pas enfin jusqu'à l'étiologie que les recherches de la pathologie microbienne ne semblent avoir renouvelée. Aussi, avons-nous cru utile de présenter dans un rapide résumé l'ensemble des connaissances acquises par ces travaux nouveaux.

### I

Henoch, Gerhardt (1) se sont occupés de l'étiologie de la péricardite infantile. Ce sont surtout les inflammations d'organes voisins qui la causent, pleurésie gauche, médiastinite suppurée; vient ensuite la tuberculose; puis, en troisième lieu seulement, le rhumatisme et la chorée. Comme maladies générales, il faut encore citer l'érysipèle, la diphthérie et plus rarement la scarlatine. Steffen (2) sur 32 cas de péricardites infantiles, en a vu 13 dus à une pleurésie et 9 à la tuberculose.

Ce qu'il faut faire ressortir, c'est que la plupart de ces affections sont certainement et les autres très probablement microbiennes, et qu'il n'y a dans la péricardite qu'une localisation du microbe pathogène.

Quoi d'étonnant, par exemple, que Parker (3) ait observé un cas de péricardite dans le cours d'une ostéo-myélite du tibia, que Racchi (4) l'ait vue dans la coqueluche! Ce dernier a inoculé des lapins dans le larynx avec le liquide pris dans la séreuse et avec du mucus bronchique. Les animaux furent atteints d'une toux convulsive contagieuse, et chez quelques-uns de ceux qui moururent on trouva de la péricardite.

La notion de la péricardite microbique devient classique en Allemagne. C'est ainsi que Rosenbach (5) s'exprime de la façon suivante : « Pour ce qui concerne la présence des micro-organismes, il est clair que, abstraction faite de ceux qui sont des causes spécifiques de la maladie

(1) *Berlin. Klin. Woch.*, 1887, 32.

(2) *Berlin. Klin. Woch.*, 1885, 43.

(3) *Clinical Society*, 1888.

(4) *Arch. di pathol. infant.*, 1885.

(5) *Real Encyclop.* Art. Péricardite.

(bacille tuberculeux), il doit s'en trouver encore une série d'autres qui, suivant les cas, ou bien sont déjà la cause de la maladie primitive — pneumococci dans la pneumonie compliquée de péricardite — ou bien trouvent, grâce aux particularités de la marche de la maladie, des conditions favorables pour se développer dans le péricarde. Ainsi, dans les états pyémiques causés par des lésions locales qui renferment le streptococcus pyogenes aureus, ou un staphylocoque pyogène, ou un autre organisme pathogène qnelconque, une péricardite peut se développer par la voie d'embolies bactériennes directes, ces micro-organismes agissant comme cause; ou bien dans une maladie générale connue, par exemple, le rhumatisme articulaire aigu, ou dans une maladie infectieuse aiguë dans laquelle un germe spécifique, souvent encore inconnu, circule dans le sang, la maladie du péricarde peut être occasionnée par une localisation directe de celui-ci; ou bien enfin il peut se produire une affection mixte, parce que la maladie ainsi produite crée sur le péricarde un locus minoris resistentiæ qui permet à d'autres organismes sans rapport avec le premier de se cultiver dans le péricarde. »

Albert Wilson, dès 1885, avait trouvé des microbes dans des péricardites rhumatismales, mais les résultats sont loin d'avoir la netteté désirable (1).

Banti, au contraire, a récemment fait des recherches très probantes (2). Il a eu à examiner trois cas de pécardite; dans un cas de néphrite chronique avec péricardite et urémie, l'examen microbiologique de l'exsudat resta négatif, et l'auteur admet que la complication était probablement causée par l'altération chimique du sang, c'est-à-dire qu'il s'agissait d'une péricardite non infectieuse. Dans le deuxième cas, l'inflammation de la séreuse était apparue le sixième jour d'une pneumonie : on trouva dans l'exsudat et dans ceux des poumons et des plèvres le diplococcus pneumonicus de Frænkel. Le troisième cas est analogue; l'exsudat du poumon renfermait des diplocoques en rangées et en amas, dont quelques-uns encapsulés ; la capsule manquant autour des micro-organismes analogues trouvés dans la plèvre et dans le péricarde. Tandis que, par la culture de l'exsudat pneumonique on a eu et les pneumocoques de Frænkel et les staphylocoques aureus et albus, les autres exsudats ne renfermaient que ces derniers. Il y avait donc là une infection mixte. Banti a fait de nombreuses expériences sur les animaux : injecté sous la peau, le diplocoque de la pneumonie ne donne pas de la péricardite, tandis que cette dernière apparaît s'il est introduit dans la plèvre, le poumon ou le péricarde. On peut aussi faire du péricarde un locus minoris resistentiæ en cautérisant sa face pariétale avec un fil de platine porté au rouge ou en y injectant une goutte d'huile de térébenthine; si alors, quarante-huit heures après cette irritation qui ne produit qu'une inflammation simple, on injecte des cultures de pneumocoques sous la peau, on a une péricardite diffuse. Des tentatives semblables faites sur les méninges eurent des résultats négatifs. Ce sont là des expériences analogues à celles qui consistent à provoquer une tuberculose articulaire par un trauma d'une articulation précédé de l'inoculation de produits bacillifères dans un point du corps (3). Tous ces faits sont très

(1) *Edimb. m. Journal*, 1885, p. 1105; 1886, p. 924.

(2) *Sperimentale*, avril 1888, et *Deutsche med. Wochens*, 1888, 44.

(3) Expériences classiques de Max Schüller.

importants au point de vue de la pathologie générale, car on pourrait en conclure avec Banti que, pour produire des phlegmasies dans les maladies infectieuses, il faut : 1° une bactérie dans le sang; 2° une cause locale déterminant sa localisation.

Foureur a rapporté (1) un cas de péricardite suppurée *primitive* provoquée par le streptococcus pyogenes qui a été caractérisé par des cultures successives et des inoculations. Ce fait est très remarquable parce qu'il n'existait de suppuration dans aucun autre organe et que la suppuration primitive du péricarde est excessivement rare.

En fait, sauf peut-être pour quelques péricardites dyscrasiques (mal de Bright avec urémie), on peut admettre que la péricardite aiguë, franche, *a frigore*, est aussi douteuse que la pleurésie de même nature et que presque toujours, sinon toujours, le microbe est en cause. Cette opinion vient d'être magistralement développée par le professeur G. Sée dans son enseignement de l'Hôtel-Dieu, et la nature microbienne des « endocardies et des péricardies » est l'idée directrice du volume qu'il va publier sur la pathologie cardiaque.

## II

La péricardite fibrineuse aiguë est une des maladies le plus fréquemment méconnues, même lorsque l'on pense chaque jour à la rechercher. Le frottement qui constitue son signe le plus caractéristique manque souvent, et le professeur Cornil a bien fait ressortir les causes de son absence (2). Le liquide séro-fibrineux que l'on rencontre souvent dans le médiastin antérieur, lors de péricardite compliquant la pneumonie, assourdit les bruits en formant une sorte de coussin semi-liquide. Quand le cœur nage dans un liquide abondant ne contenant que quelques fragments de fibrine, le frottement ne peut avoir lieu, sauf au bord supérieur de la cavité, fait bien connu ; mais, là même, il arrive souvent que ces fausses membranes sont trop molles pour le produire et qu'à l'autopsie même on ne peut lui donner naissance en frottant les deux surfaces. Même dans la péricardite subaiguë ou chronique, les végétations, filamenteuses et molles, faciles à déplacer, peuvent ne pas donner de bruits d'auscultation.

Ces filaments relativement mobiles peuvent parfois donner lieu à des bruits singuliers ; c'est ainsi que Langton et Bouloy (3) ont entendu dans un cas de péricardite un bruit musical, systolique, semblable à un sifflement, occupant toute l'étendue de la région précordiale et au delà ; ils le rattachent à la tension systolique de filaments de 2 à 3 centimètres de longueur partant de la partie antérieure du cœur.

Les péricardites sèches de la base sont très fréquentes et le frottement auquel elles donnent lieu a été décrit dans tous ses détails par le professeur G. Sée (4), qui a insisté sur la confusion possible avec le souffle diastolique de l'insuffisance aortique. Récemment Vollier (5) est revenu sur cette question en faisant surtout ressortir ce fait que des bruits dits souffles anémiques ne sont bien souvent que des frottements méconnus.

(1) *Revue de médecine*, 1888, 7.
(2) *Journal des connaissances médicales*, 1887 n^os 1 et suiv.
(3) *Brit. med. Journ.* novembre 1886
(4) *Semaine médicale*, 1^er et 15 mars, 15 juillet 1883.
(5) Thèses de Paris, 1887.

On fera le diagnostic en remarquant que le frottement ne se propage pas dans les vaisseaux du cou, qu'il est très superficiel, augmente dans la station assise et penchée en avant, augmente aussi sous l'influence d'une pression modérée et qu'enfin une inspiration profonde le rend plus perceptible.

M. le professeur Potain a consacré une leçon à l'étude de certains points spéciaux de la péricardite rhumatismale aiguë (1). Il caractérise le rhythme du frottement qui peut se produire à différents moments de la révolution cardiaque par les termes de mésosystolique, mésodiastolique et présystolique, cette dernière variété donnant le galop péricardique. Quand un bruit de frottement précède à court intervalle le premier bruit normal, ces trois bruits successifs se rhythment comme le galop du cheval, mais ce n'est pas là ce que l'on doit appeler bruit de galop. Ce bruit est toujours produit, Potain insiste beaucoup sur ce point, par un choc diastolique ou présystolique non ajouté aux deux bruits normaux. Dans la péricardite, il a lieu au moment de la présystole et ne diffère de celui de la néphrite interstitielle que par son intensité moindre. Il se produit parce que le myocarde perd une partie de sa tonicité, par suite de l'inflammation de la séreuse; le sang arrive donc sans obstacle dans la cavité ventriculaire jusqu'au moment où la réplétion de celle-ci distend brusquement la paroi. Ce bruit de galop de la péricardite est un signe du début qui se montre au moment où il n'y a pas encore de frottement. On le distinguera de celui de la néphrite interstitielle parce que, dans cette dernière, il y aura en même temps hypertrophie cardiaque, tension artérielle excessive, etc.

La matité précordiale a naturellement une grande importance pour le diagnostic de l'épanchement qui se fait dans la séreuse. Il faut, pour tirer de la percussion tous les renseignements qu'elle comporte, distinguer la submatité qui représente la projection de la totalité du cœur sur le plan de la paroi thoracique antérieure, de la matité absolue qui indique les limites de la partie découverte de l'organe.

La percussion du cœur en totalité permet de constater, au début de la péricardite, une plus grande étendue de la projection plane du cœur qui indique une dilatation légère et ordinairement transitoire de l'organe. Quand l'épanchement se produit, la limite supérieure de la matité s'élève progressivement, la zone mate vers la poignée sternale s'élargit et s'arrondit; bientôt apparaît vers le tiers supérieur du bord gauche de la matité une sorte d'encoche décrite pour la première fois par Sibson et qui donne à l'ensemble de la zone mate une forme rappelant celle d'une brioche. En même temps, la matité de la portion découverte augmente beaucoup. Quand l'épanchement décroît, les matités reviennent peu à peu à leur étendue normale, mais il se produit parfois une dilatation consécutive du cœur avec abaissement et déviation en dehors de la pointe. Cette dilatation peut aller (Hayem et Gilbert) jusqu'à donner de l'insuffisance tricuspide; elle dépend de l'altération des fibres superficielles du myocarde.

Pins (2) a décrit dans ces derniers temps un nouveau symptôme de la péricardite. En percutant la paroi thoracique gauche postérieure on trouve souvent une matité absolue ou relative depuis l'angle de l'omoplate jusqu'à la ligne axillaire. Au même niveau, l'auscultation permet de constater un

(1) *Revue de médecine*, 1887, 10.

(2) Collège médical de Vienne, 21 janvier 1888 et *Semaine médicale*, 1888, 5.

souffle bronchique, un renforcement du frémissement vibratoire et de la bronchophonie au centre de la matité ; en faisant pencher le malade en avant, la matité, après quelques minutes, est remplacée par un son plein et clair, tympanique là ou la matité était absolue. Ce phénomène ne se rencontre que lorsque la péricardite date de quelques jours et disparait avant les autres symptômes. Il s'observe surtout chez les individus jeunes, faibles de constitution, à thorax étroit. Le phénomène se produit parce que l'épanchement déplace le cœur en arrière et que ce dernier comprime le poumon gauche. Généralement, il faut un exsudat considérable, mais, dans un thorax aplati d'avant en arrière, une petite quantité de liquide suffit. En tous cas, les autres signes de la péricardite sont en même temps très nets.

III

La péricardite tuberculeuse vient d'être l'objet d'une étude très intéressante de MM. Hayem et Tissier (1), qui ont dégagé de son histoire une forme anatomo-clinique spéciale : « caractérisée au point de vue anatomique par une symphyse péricardique ordinairement totale, par le peu d'extension de la tuberculose aux autres organes, aux poumons, notamment ; elle affecte au point de vue clinique, une symptomatologie et une marche assez particulières ».

Les auteurs ont recueilli trois observations personnelles, et quatre appartenant à MM. Millard, Cornil, Letulle et Weinberg.

La symphyse cardiaque, quoi qu'on en ait dit, est la terminaison la plus habituelle de la péricardite tuberculeuse ; les adhérences sont plus ou moins intimes, plus ou moins serrées et prédominent à la base. La tuberculose se manifeste par des granulations récentes ou anciennes, rarement par des masses caséeuses.

Les troubles de l'action du cœur, qui se rencontrent dans presque toutes les observations, semblent plutôt d'origine mécanique, car le muscle lui-même a été généralement trouvé peu altéré. Dans une de ses observations où la couche corticale du myocarde avait une teinte pâle, M. Hayem n'a vu, comme lésion, qu'une infiltration du tissu interstitiel par des éléments embryonnaires.

Les poumons sont souvent peu pris, mais on retrouve soit là, soit ailleurs, la trace d'une lésion antérieure. Presque toujours, il y a des granulations sur la plèvre. Au niveau de la base du cœur se trouvent constamment des masses ganglionnaires volumineuses en dégénérescence tuberculeuse.

Comment le péricarde est-il envahi par la tuberculose? Presque toujours il y a envahissement par contiguité et les ganglions de la base du cœur doivent jouer un grand rôle dans cette propagation.

La péricardite tuberculeuse est très souvent méconnue, et parmi de nombreuses erreurs on peut citer celle de Weinberg, qui crut à une affection du foie, et pratiqua une laparotomie exploratrice. Les symptômes de la symphyse cardiaque ne se retrouvent pas dans la maladie tuberculeuse adhésive et le pouls paradoxal n'a aucune valeur. Un des signes le plus constant est l'absence du choc de la pointe qui, comme le fait remarquer Hayem, manque du reste souvent, chez les emphysémateux, par exemple.

Il faut surtout, comme dans toutes les tuberculoses des séreuses, se

(1) *Revue de médecine*, 1889, 1.

guider sur l'état général des sujets et on trouvera bien souvent dans cet état les éléments du diagnostic. MM. Hayem et Tissier insistent sur ce fait que la tuberculose péricardique « n'est ou ne reste qu'exceptionnellement isolée. Elle s'accompagne ou se complique ordinairement de tuberculose pleurale ou péritonéale Il en résulte un complexus symptomatique assez particulier et les phénomènes pathologiques observés en pareil cas, ascite, pleurésie double, relèvent à la fois d'une lésion locale d'appel et d'une gêne du fonctionnement de l'organe central de la circulation ». L'adénopathie peut engendrer des phénomènes de compression par exemple l'œdème des membres supérieurs.

La marche des accidents, dans la forme de tuberculose péricardique décrite par MM. Hayem et Tissier, est assez caractéristique. Des sujets d'apparence robuste perdent leurs forces, maigrissent, sont pris d'essoufflement au moindre effort, d'une petite toux sèche et sont bientôt forcés de cesser tout travail. La température est souvent irrégulière. On constate bientôt un épanchement pleural double et souvent de l'ascite. Ces hydropisies sont caractéristiques : le liquide se reproduit facilement si on l'évacue et offre une coloration ambrée; par le repos, il s'y forme un caillot ténu, délicat renfermant des globules rouges et quelques globules blancs; au spectroscope, on trouve la double raie de l'oxyhémoglobine et quelquefois celle de l'urobiline.

On a noté, dans plusieurs cas, un abaissement notable du foie que l'on a a cru être le siège d'une tumeur.

Habituellement, la tuberculose du péricarde évolue rapidement et la mort survient quatre à huit mois après son apparition.

Les auteurs terminent leur mémoire en insistant sur les difficultés du diagnostic et en faisant remarquer l'utilité de l'examen du sang ; l'absence de réticulum fibrineux permettra, en effet, de rejeter l'idée d'une lésion inflammatoire ou rhumatismale à laquelle on pourrait penser.

Weinberg (1), dans son travail, a beaucoup insisté sur la congestion du foie et l'ascite; il adopte la théorie de Rosenbach et admet que, sous la double influence des adhérences péricardiques et d'un grand exsudat pleurétique, il peut se produire une flexion de la veine cave inférieure à son passage à travers le diaphragme et que l'effet de cette flexion peut se transmettre aux veines du foie qui s'abouchent immédiatement sous le diaphragme.

La symphyse cardiaque est susceptible, dans certains cas exceptionnels, de pouvoir se mobiliser. C'est du moins ce qui résulte d'une observation de MM. Bard et Tellier (2), qui ont vu une couche graisseuse exister, d'une part, sur le péritoine viscéral; d'autre part, sous le péritoine pariétal. Il en résultait que les deux feuillets intimement soudés glissaient, d'un côté, sur la paroi thoracique; de l'autre, sur le myocarde. Le malade était mort d'une pleurésie intercurrente.

Terminons ce résumé des récents travaux sur la péricardite chronique en mentionnant l'analyse d'un liquide chyleux du péricarde faite par Hasebrœk (3) : sur 103,612 p. 1,000 d'éléments solides, il y avait 73,789 de matières albuminoïdes et 10,767 de matières grasses.

(1) *Munchener Medic. Woch.*, nov. 1887.

(2) *Revue de médecine*, mai 1887.

(3) *Zeitschrift für physio. chemie*, 1888, 12.

IV

Les indications du traitement chirurgical de la péricardite ont été établies dans un mémoire de Février (1).

Le chirurgien, en présence d'un épanchement dû à la péricardite, a à intervenir :

1° Quand le liquide, par son abondance, menace d'arrêter le cœur; il ne faut pas oublier, dans ce cas, s'il y a un épanchement pleural, de toujours commencer par l'évacuer;

2° Quand l'épanchement dure depuis longtemps, a pris des allures chroniques et que, par conséquent, le cœur est exposé à s'altérer;

3° Enfin, parce que le liquide, purulent, peut faire naître des accidents septiques.

Même dans la péricardite tuberculeuse, Février déconseille l'abstention systématique, bien que les résultats ne soient pas brillants, puisque, sur 22 cas de cette forme de péricardite traités par la ponction, 20 malades sont morts dans un délai qui a varié de huit heures à sept mois. Dans la péricardite hémorrhagique, la ponction peut encore donner de bons résultats, sur 9 malades atteints d'épanchements scorbutiques, elle en a sauvé 5.

Dans la péricardite chronique avec épanchement séreux, il faut intervenir rapidement par la ponction.

Quand le liquide entraîne des accidents menaçants par son abondance et par la rapidité avec laquelle il s'est produit, la ponction suffira encore à parer aux symptômes de gène mécanique. Au contraire, dans la péritonite purulente, la compression devient habituellement accessoire, et c'est l'empoisonnement septique par des produits putrides qu'il faut surtout combattre; pour cela, il faut évacuer antiseptiquement le liquide; pour cela, il faut pratiquer la péricardotomie. Sur 15 cas de péricardite purulente, les 11 qui ont été traité par la ponction ont succombé. De plus, il ne faut pas trop attendre pour opérer, afin de ne pas laisser le cœur dégénérer. Cette précocité dans l'intervention pourrait permettre d'éviter les lavages qui, dans un cas de Parker, ont amené des accidents.

Enfin, il arrive quelquefois que la ponction, au lieu d'évacuer un liquide franchement séreux, donne issue à un épanchement louche; dans ce cas, on doit faire la péricardotomie plutôt que d'attendre la transformation purulente.

Exposons en quelques mots le manuel opératoire fixé par M. Février.

La ponction sera pratiquée avec l'appareil aspirateur de Potain ou de Dieulafoy dans le quatrième ou le cinquième espace gauche de préférence. Le point sera choisi entre 2 et 6 centimètres du sternum (M. Raynaud).

Comme instrument le trocart capillaire est à choisir, car l'aiguille creuse peut se boucher et, de plus, quand le péricarde se vide, déchirer le cœur; on l'enfoncera *directement* d'avant en arrière après l'avoir flambé et avoir lavé la région. Quand le liquide commencera à couler on fera un peu basculer l'instrument pour éviter de toucher le cœur. La ponction avec la seringue de Pravaz (Roberts, Paul, Forcher) sera inoffensive comme opération exploratrice, mais inefficace quand on devra aller un peu profondément.

La blessure du cœur, quand elle arrive, est généralement *inoffensive*.

(1) *Bulletin général de thérapeutique*, 1888, 6, 8.

Pour la péricardotomie on choisira le cinquième espace près du sternum et on incisera *couche par couche* sur 3 à 4 centimètres de largeur; on coupera au bistouri tant qu'on sentira des fibres résistantes avec le doigt introduit dans la plaie. Une fois, dans le tissu cellulaire, on cherchera les vaisseaux mammaires pour les récliner en dedans, puis le péricarde étant mis à nu, on le ponctionnera en s'assurant bien avec le doigt qu'on n'a pas le cœur sous la pulpe.

On saisira la séreuse avec une pince pour couper en dédolant et on agrandira l'ouverture avec un bistouri boutonné.

Consécutivement, il faut toujours drainer; quant aux lavages, ils sont parfois dangereux et doivent toujours être faits avec beaucoup de précautions. Naturellement, l'antisepsie est de règle.

Paul CHÉRON.

## REVUE DES JOURNAUX

**La strychnine dans l'empoisonnement par les narcotiques.** — L'emploi de la strychnine dans le traitement de l'empoisonnement par les narcotiques est recommandé dans la *Therapeutic Gazette* du 15 janvier 1889. L'auteur, partant de ce point de vue, généralement admis, dit-il, que les poisons narcotiques donnent la mort par la paralysie du centre respiratoire, s'étonne que l'idée ne soit pas venue de recourir dans le traitement de ces empoisonnements à l'emploi de la strychnine, qui est le plus puissant stimulant de ce centre que nous possédions. Dans un grand nombre de cas, le docteur Gibson, dès qu'il observait la moindre irrégularité ou interruption de la respiration, administrait la strychnine en injections hypodermiques, et l'action de ce médicament se manifestait immédiatement par un fonctionnement plus énergique, un rythme plus régulier, une respiration plus profonde; il ajoute même que, dans des cas où la respiration était suspendue, elle s'est reproduite après l'administration de la strychnine. Le mode d'emploi indiqué dans le journal anglais est le suivant : le malade étant dans la position horizontale et sa respiration surveillée avec soin, pour peu que la respiration paraisse irrégulière, inégale ou moins profonde, il faut introduire par l'injection hypodermique un centième ou un cinquantième, suivant l'âge du malade, de grain de sulfate de strychnine; cette injection peut être renouvelée deux ou trois fois à une heure d'intervalle. Si malgré ce traitement, la respiration devient très faible ou cesse entièrement, il faut se hâter de recourir à la respiration artificielle. Il va sans dire que ces injections sous-cutanées n'excluent point l'emploi des autres moyens de traitement admis en pareil cas. — R.

**L'iodure de potassium et le lait.** — Le docteur A.-M. Blair recommande, dans le *Boston med. and Surg. Journ.* du 27 décembre 1888, de faire prendre aux malades l'iodure de potassium dans du lait, parce que ce liquide masque presque complètement le goût du médicament sans nuire en rein à ses propriétés thérapeutiques. Il affirme que, chez des malades qui ne pouvaient prendre une très petite dose d'iodure de potassium, il a pu administrer ce médicament à des doses relativement élevées sans produire aucune nausée. — R.

## REVUE DES CLINIQUES

**De la cyanose**, par le docteur E. TORDEUS. (Hôpital Saint-Pierre de Bruxelles. Clinique des maladies des enfants.) — La cyanose n'est qu'un symptôme commun à plusieurs processus pathologiques de nature différente.

La cause prochaine de la cyanose est une coloration noirâtre des globules sanguins,

qui renferment moins d'oxygène et plus d'acide carbonique qu'à l'état normal. Or cet anomalie du sang peut être le résultat :

1° D'un trouble de la respiration qui empêche l'échange de gaz entre le sang et l'air atmosphérique normalement constitué;

2° D'un ralentissement dans la circulation périphérique qui permet au sang de rester en contact prolongé avec les tissus et de s'emparer de l'acide carbonique que ces éléments lui fournissent constamment;

3° D'une altération des globules eux-mêmes qui les rend incapables d'absorber l'oxygène.

Ces conditions peuvent se trouver réunies chez le même malade.

La cyanose est locale ou générale, transitoire ou permanente. On la rencontre toutes les fois qu'il existe un obstacle à la libre pénétration de l'air dans les vésicules pulmonaires (coryza des nouveau-nés, spasme et œdème de la glotte, paralysie des muscles dilatateurs de la glotte, sténose trachéale, bronchite capillaire, etc., asphyxie des nouveau-nés, strangulation), et dans les cas où il y a diminution de la surface respiratoire (pneumonie, emphysème, péricardite avec épanchement, pleurésie exsudative).

La tuberculose chronique entraîne rarement la cyanose à cause de l'anémie des malades, tandis qu'elle est fréquente dans la tuberculose miliaire aiguë.

La cause prédominante est le ralentissement du sang dans les vaisseaux périphériques, qu'il y ait affaiblissement du cœur (myocardite, choléra, entérite chronique) ou augmentations de tension dans le système veineux (accès de toux violente, affections cardiaques non compensées).

La circulation périphérique peut encore se trouver entravée par certains troubles d'origine nerveuse : grands froids qui font contracter les vaso-moteurs périphériques, d'où refoulement du sang vers les parties centrales et stase intra-cardiaque.

Dans certaines paralysies spinales, le membre paralysé est plus froid et a une teinte plus foncée que le reste du corps. Cela tient probablement à la destruction du centre vaso-moteur dans la substance grise de la moelle. Dans les paralysies périphériques, le symptôme peut tenir à l'atonie des vaisseaux.

Dans la tétanie, la cyanose tient soit à une gêne de la circulation veineuse, soit à un trouble de l'innervation vaso-motrice.

La cyanose, dans les maladies congénitales du cœur, tient avant tout à un trouble de la circulation centrale, mais peut être aussi au mélange des sangs artériel et veineux.

La troisième condition pathogénique de la cyanose tient à l'altération des globules sanguins qui ne peuvent plus absorber l'oxygène : empoisonnement par l'oxyde de carbone, par le phosphore, l'aniline, etc.

La cyanose peut encore être due à des troubles digestifs et à l'action déprimante que la présence dans les voies digestives d'aliments mal digérés exerce sur les fibres modératrices du nerf vague cardiaque.

La symptomatologie de la cyanose est très nette. Il y a coloration foncée du tégument externe et des muqueuses; elle va du rouge foncé au violet noirâtre, et disparaît sous la pression du doigt. On la rencontre de préférence dans les parties les plus vasculaires et les plus saillantes, nez, oreilles, orteils, doigts, etc. Elle est exagérée par tout ce qui entrave la respiration et la circulation générale. Les parties cyanosées sont plus froides et souvent turgescentes ou œdémateuses quand il y a un obstacle à la circulation veineuse. La tuméfaction peut être due à une hypertrophie des parois vasculaires et même des tissus, surtout au bout des doigts.

Très souvent il y a de la dyspnée, de l'oppression; les palpitations, l'arythmie cardiaque sont fréquentes.

Les mouvements musculaires sont lents, la marche fatigante, les malades apathiques, paresseux, enclins au sommeil.

Le diagnostic de la cyanose est des plus faciles. On ne peut la confondre avec l'argyrie, coloration gris bleuâtre due à l'usage habituel du nitrate d'argent, et qui résiste à la pression du doigt.

Dans la cyanose dyspeptique, la coloration foncée, presque noire de la peau et des

muqueuses est le phénomène le plus saillant, tandis que dans l'asthme dyspeptique, décrit par Henoch, la difficulté de respirer est dominante et la cyanose légère, limitée à la face et aux muqueuses du nez et de la bouche.

Dans bien des cas, le traitement de la cyanose sera celui de la lésion primordiale. C'est ainsi que, quelquefois, la coloration chez les nouveau-nés est due à un maillot trop serré et cesse après l'enlèvement des linges constricteurs.

Peut-on oxygéner directement le sang? Le chlorate de potasse est inutile, peut-être le chlore et les hypochlorites seraient-ils plus utiles. Van den Corput a prescrit, dans toutes les affections à insuffisance d'oxygénation du sang, 2 à 6 grammes d'hypochlorite de soude dans 150 grammes de véhicule. Forster a recommandé l'eau oxygénée, 8 gouttes trois fois par jour. Les stimulants, les toniques, les antispasmodiques serviront d'adjuvants et il ne faudra jamais oublier de vérifier l'état des fonctions digestives. (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1889, 2.)

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 mars 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, invitant l'Académie à lui faire connaître son avis sur la question de savoir s'il ne conviendrait pas d'autoriser, par dérogation aux prescriptions de l'ordonnance du 29 octobre 1846, les pharmaciens à vendre des liquides antiseptiques sur la prescription des sages-femmes pourvues d'un diplôme;

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 3e régiment du génie (1888-89); culture et récolte du vaccin, par M. le docteur Duprey, médecin-major;

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Alliot (de Neung-sur-Beuvron) et intitulé : *Neutralisation du virus rabique par l'inoculation d'un autre virus qui semble s'opposer absolument à la génération de la rage dans toute une race de chiens* (accepté).

— M. le Président annonce la mort de M. Legouest, ancien Président de l'Académie, et lève la séance en signe de deuil.

---

Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Montpellier pendant les mois de novembre et décembre 1888.

Duprat : Les chlorures et les phosphates dans la fièvre typhoïde. — Flament : Le spray phéniqué dans la thérapeutique chirurgicale. — Beigneux : Recherches sur la contusion rétro-oculaire. — Batbedat : A propos de trois cas d'hémiplégie chez des jeunes. — Besse : De l'hypnotisme thérapeutique. — Casiglia : Contribution à l'étude de la forme abortive de la fièvre typhoïde. — Molinié : Quelques observations de colotomie iliaque. — Servel : De la résection temporaire totale du maxillaire supérieur, comme opération préliminaire à l'extirpation des polypes naso-pharyngiens. — Ducamp : Des manifestations ophthalmoscopiques de la méningite tuberculeuse. — Rosaguti : De la folie choréique. — Mauzac : Contribution à l'étude des ostéomyélites de croissance. — Laborderie : Contribution à l'étude du rhumatisme de la grossesse. — Salvetat : Etude sur le sulfonal comme médicament hypnotique. — Roussin : Etude sur la fièvre typhoïde au Sénégal.

### De quelques nouvelles médications.

De la créoline. (*Bulletin médical du Nord*, 1888, 12.)

M. Delbreil, interne à l'asile de Bailleul, a fait, à la Société centrale de médecine du Nord, une communication sur ce nouvel antiseptique qui a été essayé dans le service de M. Lemoine. Il a donné surtout d'excellents résultats daus un cas d'ozène rebelle et dans deux cas d'angine catarrhale en solution de sept gouttes pour un litre d'eau salée : dans certaines tumeurs ulcérées, cancer du col, adénome du sein, la créoline à 2 p. 100 a fait disparaître l'odeur fétide; on a obtenu moins de résultats dans l'anthrax.

Dans la discussion qui a suivi, M. Noquet a fait remarquer que la créoline ne devait pas, dans l'ozène, être supérieure aux autres antiseptiques; elle fait rapidement disparaître l'odeur, mais il reste à modifier profondément la muqueuse des fosses nasales par d'autres agents, en particulier les douches. Dans le cas cité, la créoline a dû être reprise plusieurs fois sans arriver à la guérison. — M. Lemoine croit, au contraire, que l'on pourra peut-être arriver à guérir l'ozène par l'usage de la créoline. Il a essayé beaucoup de médicaments, en particulier le talc iodé recommandé par Renaut (de Lyon) et n'a jamais eu une amélioration aussi rapide.

## COURRIER

Cours a l'Institut Pasteur. — M. Duclaux commencera le mardi 19 mars à neuf heures et demie à l'Institut Pasteur, 25 rue Dutot, le cours officiel de chimie biologique qu'il faisait les années précédentes à la Sorbonne.

Les personnes qui désirent suivre ce cours peuvent se procurer des cartes au sécrétariat de la Faculté des sciences à la Sorbonne.

M. Roux commencera le vendredi 15 mars un cours pratique de microbiologie.

Les personnes qui désirent suivre ce cours, doivent se faire inscrire à l'économat de l'Institut Pasteur, 25, rue Dutot.

Le droit d'inscription est de 50 francs. En s'inscrivant les élèves recevront une notice donnant les indications nécessaires.

— Le service de l'Assistance publique étudie un nouveau système pour arriver à désencombrer les hospices où les lits sont en nombre de plus en plus insuffisant. Voici en quoi consisteraient les mesures projetées. On offrirait à un certain nombre de vieillards un secours quotidien de 1 franc en échange de leur place à l'hospice. En même temps, on donnerait ce même secours journalier à tous ceux auxquels cet offre pourrait être proposée parmi les infirmes et les vieillards dont les demandes d'admission ont été accueillies et qu'on n'a pas pu faire recevoir faute de place

Hospice de la Salpêtrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 10 mars, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

— M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, cédant aux sollicitations qui lui ont été faites par MM. Marey, Brown-Séquard, Charcot, Potain, etc , vient de créer à l'Ecole des hautes études un laboratoire de physiologie pathologique. La direction du nouveau laboratoire a été confiée au docteur François Franck, professeur suppléant au Collège de France.

Société médicale du XVIe arrondissement. — Une société médicale vient de s'organiser dans le XVIe arrondissement ; elle a tenu sa première séance le samedi 2 mars, à la mairie de Passy où une salle a été obligeamment mise à sa disposition par le maire, M. le docteur Marmottan.

**— M. le docteur Donnet vient d'envoyer sa démission de médecin-directeur de l'asile d'aliénés de Vaucluse.**

Laboratoire de chimie et de micrographie médicales. — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, etc., commencera, le 11 mars 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les étudiants en médecine aux manipulations chimiques et aux examens microscopiques les plus usuels, que nécessite la profession médicale.

Ce cours comprend particulièrement :

1° L'étude chimique et microscopique des urines, des calculs, des sédiments urinaires et des kystes ;

2° La technique microscopique, applicable à la recherche des bacilles pathogènes, ainsi qu'à l'examen des parasites et helminthes de l'homme ;

3° Les recherches chimiques et microscopiques de l'eau potable, du lait, du vin, des colorants interdits au point de vue de l'hygiène, du sang, des taches, et de quelques substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

S'inscrire à l'avance, de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

— M. le professeur Armand Gautier, membre de l'Académie de médecine, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de chimie.

— M. le docteur Vacher, député, est nommé membre du Comité d'organisation du Congrès international de statistique.

Ecole de médecine de Caen — M. le professeur Bourienne est maintenu comme directeur de l'Ecole.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Leverdier (de Montreuil-l'Argilé) ; Simon (de Caen) ; de la Tourette (de Saint-Georges-sur-Loire).

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 mars 1889. — *Ordre du jour* : 1. M. Desnos : Chancre extra-génital.. — 2. M. Dubuc : Des accès de fièvre survenant comme complication de certains rétrécissements de l'urèthre, de leur pathogénie, de leur traitement. — 3. M. Fraigniaud : Rapport sur la candidature de M. le docteur Dobieszewski (membre correspondant). — 4. Communications diverses.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

MORT DE M. LEGOUEST. — LONGÉVITÉ DES MICROBES. — STATISTIQUE DE LA RAGE.

L'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont levé la séance, mardi et mercredi dernier, en signe de deuil pour la mort de leur ancien président, M. Legouest.

Venant-Antoine-Léon Legouest, né à Metz le 1er mai 1820, entra en 1839 à l'Ecole de médecine militaire de Strasbourg et en sortit comme aide-major en 1843. En 1845, il soutint sa thèse de doctorat sur la pneumonie traumatique et se consacra à la médecine militaire. Il était déjà chirurgien-major depuis 1853 et professeur agrégé au Val-de-Grâce lorsqu'il concourut, en 1857, pour l'agrégation à la Faculté de médecine de Paris ; mais il échoua ainsi que M. Ollier, contre Duchaussoy, Fano, Foucher et Trélat, qui furent nommés. Peu après, il passait professeur de clinique chirurgicale au Val-de-Grâce, et fut promu successivement médecin principal de 1re classe en 1865, médecin inspecteur en 1873 et président du Conseil de santé des armées. Il a été élu membre de l'Académie de médecine en 1867 dans la section de médecine opératoire. M. Legouest était commandeur de la Légion d'honneur depuis 1876.

Parmi ses travaux, nous citerons : *Des kystes synoviaux du poignet et de la main*, th. de conc. pour l'agrég., Paris, 1887. — *La Chirurgie militaire contemporaine* (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1859 ; 2e édit., 1872). — *Traité de chirurgie d'armée*, Paris, 1864 ; 2e édit., 1872. — *Le Service de santé des armées américaines pendant la guerre des Etats-Unis*, de 1861 à 1866, Paris, 1866. — *Conférence sur le service de santé en campagne*, Paris, 1868. — *Blessures par le fusil Chassepot*, Paris, 1869. — 4e édition du *Traité de médecine opératoire* de Sédillot, Paris, 1870. — *Notice sur M. le médecin-inspecteur Sédillot*, Paris, 1883. — Plusieurs articles sur le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, entre autres : *Agglutinatifs, Aiguilles, Amputations, Aorte* (lésions traumatiques et opérations), *Appareils, Artère* (blessure), *Argent* (emploi chirurgical), *Cicatrices*, etc.

— Parmi les faits nouveaux apportés à la tribune de l'Académie de médecine par M. Verneuil, à l'appui de la thèse qu'il soutient sur la nature infectieuse et l'origine équine du tétanos, il en est un qui a paru tout à fait extraordinaire : je veux parler de la possibilité de l'apparition du tétanos dans une maison, une ferme, où un tétanique, homme ou cheval, serait mort plusieurs années auparavant. M. Verneuil admet qu'un intervalle de huit ans n'est pas trop grand pour que la relation de cause à effet entre les

deux cas de tétanos puisse exister, et M. Leblanc a trouvé cette opinion tout à fait exagérée.

A la vérité, on n'est guère édifié, d'une manière générale, sur la durée de résistance des germes pathogènes à la destruction, sur la durée de leur virulence. Pour la diphthérie, en particulier, on pensait que cette durée pouvait être de cinq à six mois d'après MM. Roux, Yersin et Jules Simon. Or, dans l'intéressant article qu'il a consacré récemment à la contagion de la diphthérie, d'après les leçons de M. le professeur Grancher (voir numéro de l'*Union médicale* du 23 février), notre collaborateur, M. Le Gendre, a rapporté des cas dans lesquels la persistance des germes était beaucoup plus longue; le fait emprunté à M. le docteur Worms est surtout des plus importants, puisqu'il montre que la contagion peut se faire par l'intermédiaire d'un objet qui, quatre ans auparavant, a été en contact avec les fausses membranes diphthéritiques et a été précieusement conservé dans cet intervalle. M. le docteur Sevestre a communiqué de nouveaux cas analogues à la Société médicale des hôpitaux, et, dans le dernier numéro du *Bulletin médical* (6 mars, p. 293), M. le docteur Grellet a rapporté une observation qui recule jusqu'à la cinquième année la durée de la virulence du bacille de Klebs.

Il s'agit d'une petite fille de 5 ans, atteinte de croup en dehors de toute épidémie, de tout autre cas de diphthérie dans la région où exerçait M. le docteur Grellet. En recherchant minutieusement l'origine de ce cas, on ne trouva qu'une seule cause valable. Les parents de la fillette avaient perdu de la même maladie, *cinq ans auparavant*, un autre enfant. La mère, avec un soin pieux, avait réuni dans une caisse tous les objets à l'usage de cet enfant, et resta cinq ans sans y toucher. C'est précisément quelques jours après la première ouverture de cette caisse et l'extraction de son contenu que la diphthérie a frappé le deuxième enfant.

L'enquête faite dans de pareilles conditions, c'est-à-dire dans une région peu étendue, à la campagne, où les influences pathogéniques sont moins complexes qu'à la ville, plus faciles à discerner, ne laisse aucun doute sur la relation de cause à effet contre les deux cas observés chez deux enfants de la même famille.

Dans d'autres faits recueillis par M. Grellet, l'intervalle entre les deux cas était de trois ans, deux ans, un an et demi.

Une autre des observations rapportées par ce distingué confrère, qui exerce à El Biar, près d'Alger, est encore très intéressante au point de vue des endémies de maison. M. Revilliod (de Genève) avait déjà essayé d'expliquer cette prédilection de la diphthérie pour certaines familles en invoquant une prédisposition héréditaire. M. Le Gendre, en rappelant cette opinion, fait remarquer que cette prédilection s'explique beaucoup mieux par la persistance des germes de la diphthérie dans les appartements où ont été soignés des diphthériques et sur les objets qui leur ont servi. Voici le fait observé par M. Grellet :

Dans une commune voisine d'El Biar, une maison divisée en plusieurs logements, dont les locataires se renouvellent fréquemment, a présenté depuis cinq ans quatre cas de croup ou de diphthérie pharyngée qui se sont développés isolément, sporadiquement, en l'absence de tout autre cas de diphthérie dans la région. Il semble, conclut M. Grellet, que la diphthérie ait élu domicile dans cette maison et qu'elle y guettait les sujets offrant un terrain favorable à son développement.

Les deux opinions de M. Revilliod et de M. Grancher paraissent avoir servi à édifier celle de M. Grellet : persistance des germes, d'une part; prédisposition, de l'autre. Cette prédisposition peut être, chez l'enfant, une maladie antérieure, dans le cours ou dans la convalescence de laquelle apparaît la diphthérie; mais ce sont surtout les affections qui aiment la gorge qui constituent la prédisposition principale, puisque, d'après MM. Roux et Yersin, le bacille de Klebs ne peut se greffer et se multiplier sur les muqueuses que lorsque celles-ci sont préalablement altérées, ou tout au moins légèrement excoriées, lorsque, en un mot, il y a une porte d'entrée créée pour le bacille à travers le revêtement épithélial de la muqueuse. *Prédisposition,* pour la diphthérie, doit donc se traduire maintenant par : *solution de continuité du tégument.*

Pour le tétanos, M. Leblanc, qui a mis en doute la longue persistance du virus, a invoqué au contraire, pour la plupart des cas, la prédisposition, mais sans dire en quoi elle consistait. Il est probable qu'elle consiste aussi, comme pour la diphthérie, dans une préparation du terrain qui le rend apte à recevoir le bacille, afin que celui-ci puisse y germer et s'y développer. Mais ce mode de préparation est encore rempli d'obscurités, et nous ne voulons pas nous engager davantage dans cette question. Nous attendrons la fin de la discussion pendante à l'Académie. Pour le moment, nous nous contenterons de dire que, s'il est démontré que le bacille de Klebs peut conserver sa virulence pendant au moins cinq années, rien n'empêche de croire que celui de Nicolaier peut vivre aussi longtemps. Le terme de huit années accepté par M. Verneuil est un terme extrême, car, dans tous ses autres cas, l'intervalle n'a pas dépassé cinq ans; et tout en nous en tenant pour le moment à ce chiffre, démontré actuellement pour la diphthérie, rien ne dit que d'autres faits ne viendront pas, pour cette affecton comme pour les autres maladies infectieuses, permettre de reculer la limite admissible de la vitalité de l'agent virulent.

— Le rapport que M. le docteur Dujardin-Beaumetz vient de lire au Comité d'hygiène, sur les cas de rage humaine qui se sont produits en 1888 dans le département de la Seine, met en relief deux points importants : la diminution de la mortalité des personnes mordues par des chiens enragés après le traitement pastorien, et l'augmentation du nombre des chiens enragés.

En 1887, sur les 306 personnes habitant le département de la Seine, qui furent soumises au traitement pastorien, 3 décès seulement se produisirent, soit une proportion de 97 p. 100 pour les indemnes. Dans la même année, sur 44 personnes mordues par des chiens enragés et qui ne jugèrent pas à propos de se soumettre au même traitement, 7 moururent, soit 15,90 p. 100. C'est assez concluant. En 1888, 385 habitants de la Seine ont suivi le traitement antirabique; 4 ont succombé, soit 1,04 p. 100; sur 105 personnes mordues, et qui n'ont pas suivi le traitement, 14 sont mortes de la rage, soit environ 13 p. 100.

Il est difficile de trouver de meilleurs arguments que ces chiffres en faveur du traitement que M. Pasteur a institué contre la rage.

L'augmentation du nombre des chiens enragés tient à ce que les précautions prises contre les chiens errants de juillet à novembre 1888, par suite de l'arrêté du préfet de police en date du 8 juin 1888, ont cessé de l'être. Il serait bon, cependant, malgré l'efficacité du traitement pastorien, de cher-

cher à diminuer le nombre des victimes humaines en diminuant le nombre des chiens enragés, c'est-à-dire en muselant tous les chiens. — L.-H. P.

---

## L'œil tabétique

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 23 février 1889

Par le docteur A. Trousseau,

Médecin de la clinique nationale des Quinze-Vingts.

Les symptômes oculaires du tabès prennent de jour en jour une plus grande importance à mesure que sont mieux connus leurs caractères spéciaux et leurs relations exactes avec l'affection génératrice. Qu'ils servent à dépister la maladie ou qu'ils aident à confirmer un diagnostic douteux, ils sont de même valeur et leur étude reste d'un intérêt capital.

La fréquence des troubles visuels chez les tabétiques serait grande d'après Fournier qui les a notés 34 fois sur 224 malades. Je suis certain que cette proportion est encore trop faible. Comme nous le verrons plus loin, beaucoup de patients ont des phénomènes oculaires perceptibles seulement pour le médecin et dont ils ne se plaignent pas spontanément. Ce sont ces phénomènes insidieux qui sont surtout utiles pour la recherche du tabès au début.

Certains de ces troubles étaient mis sur le compte de la syphilis, alors que les beaux travaux modernes n'avaient pas encore établi la signification des signes rattachés aujourd'hui à la période préataxique.

Il y a à cela un autre motif, c'est la très grande fréquence, si bien établie par le professeur Fournier, de la syphilis dans les antécédents du tabétique. On pourrait dire, avec Galezowski, que 9 fois sur 10 les tabétiques affectés du côté de la vue sont nettement syphilitiques. J'ai eu occasion de recueillir trente observations de ce genre et j'ai rencontré 25 fois la syphilis la plus évidente; dans deux cas, il y avait doute et, dans les trois autres, il ne me parut pas que les malades eussent été infectés.

Les muscles de l'œil, l'iris, le nerf optique sont des organes frappés avec prédilection, mais ce ne sont pas les seuls.

Pétrolacci (Montpellier, 1886) n'a-t-il pas écrit une thèse sur le larmoiement ataxique?

Féré n'a-t-il pas observé un malade qui voyait apparaître et disparaître avec la même brusquerie un accès de douleurs fulgurantes périorbitaires et de larmoiement unilatéral?

N'a-t-on pas rencontré chez les ataxiques des plaques d'anesthésie périorbitaire?

Enfin, Berger (Académie des sciences, 4 juin 1888) a signalé la diminution de tension du globe oculaire dans la période paralytique. Cette hypotonie, si tant est qu'elle soit bien établie, ne sera jamais, au point de vue clinique, qu'un signe de peu de valeur, puisqu'elle surviendrait dans la période paralytique et qu'elle est des plus difficiles à apprécier même par une main exercée.

La migraine ophthalmique avec ses scotomes, son hémiopie, me paraît souvent liée au tabès. J'ai suivi deux malades qui ont eu de fréquents accès de cette migraine dans la période prétabétique; l'un d'eux, arrivé à la période ataxique, a conservé ce fâcheux inconvénient. Je pense qu'on

n'attache pas, en général, assez d'importance à la migraine ophthalmique comme signe avant-coureur du tabès.

Ayant parlé des symptômes rares, je puis aborder l'étude des phénomènes usuels.

Les muscles de l'œil sont très souvent paralysés soit au début, soit à la fin du tabès. Ceci est très fréquent et ne paraît avoir aucun lien clinique avec l'atrophie des nerfs optiques, c'est-à-dire qu'on ne peut conclure de la présence d'une paralysie musculaire que le malade sera prédisposé à l'atrophie optique. Sur 600 atrophies, Galezowski a rencontré, avant ou pendant l'affection profonde, 200 paralysies musculaires; ceci ne peut donner qu'un renseignement de fréquence banale, mais non impliquer une relation étroite. Du reste, il s'agit de lésions d'un ordre différent; il suffit, pour s'en convaincre, de se rappeler le pronostic fatal de l'atrophie papillaire et de l'opposer à la curabilité des paralysies musculaires.

Bien au contraire, la coïncidence de ces paralysies avec les troubles pupillaires est des mieux établies, aussi a-t-on pu dire que le tabès est très probable lorsque ces symptômes sont réunis. Dans la période préataxique, alors que le diagnostic est douteux, la réunion des deux signes prend une valeur capitale.

Le caractère des paralysies oculaires varie suivant la période de l'affection médullaire. Au début, ce sont plutôt de simples parésies (diplopie sans strabisme), se développant et disparaissant assez facilement, souvent même cessant presque tout d'un coup sans traitement, récidivant avec facilité, affectant un ou plusieurs muscles ensemble ou successivement; plus tard, au contraire, ce sont de véritables paralysies à caractère plus précis, à tendance plus fixe.

Ce sont surtout ces phénomènes qui avaient été considérés comme syphilitiques, je les crois rares chez les syphilitiques qui ne sont pas candidats au tabès.

Tous les muscles moteurs du globe oculaire peuvent être pris, et aussi les muscles palpébraux, d'où ce léger rétrécissement de l'ouverture palpébrale, signalé par Berger chez les ataxiques, d'où aussi le ptosis de quelques-uns de ces malades, d'où la paralysie des releveurs des deux côtés vue par Déjérine.

J'ai observé un ancien acteur arrivé à la période terminale du tabès dont tous les muscles moteurs des deux globes étaient paralysés, l'œil était absolument immobile, la pupille dilatée ne réagissait plus et le voile palpébral retombait inerte par dessus l'organe visuel mort d'une atrophie optique.

Quelques paralysies ont un caractère un peu spécial, c'est ainsi que de Wateville, Hubichu et Landolt ont signalé une paralysie éphémère de la convergence associée à d'autres paralysies.

Faisant ici un travail clinique, je ne veux pas essayer d'approfondir la cause de ces paralysies si bizarres. Sont-ce de simples phénomènes irritatifs, des scléroses nucléaires, des scléroses de l'artère vertébrale et de ses branches, comme le veut Schmeichler, des névrites périphériques suivant une théorie de Déjérine, ou doit-on dire, avec Brown-Séquard, se fondant sur le caractère fugace des paralysies motrices, qu'il y a là une cause indéterminée?

La pupille d'un tabétique est une source précieuse de renseignements. Tantôt il existe un myosis simple ou double, les pupilles sont puncti-

formes et l'examen du fond de l'œil rendu ainsi très difficile, tantôt il y a mydriase, le plus souvent d'un seul côté. D'autres fois, il y a paralysie de l'accommodation sans mydriase ; dans ce cas, Galezowski a signalé la coexistence de l'anesthésie périorbitaire. Ici, la pupille reste immobile devant un jet de lumière, mais elle réagit bien à l'accommodation. Là, c'est le contraire, c'est alors le signe d'Argyll Robertson qui peut, à lui seul, mettre sur la voie de l'ataxie. Berger a indiqué la déformation elliptique de la pupille.

Jusqu'à présent nous avons vu le tabès effleurer l'œil sans atteindre d'une façon irrémédiable la fonction visuelle ; il nous reste à parler d'une affection grave, terrible dans ses effets : l'atrophie de la papille.

Sa fréquence n'est que trop considérable. Elle atteint 12 pour 100 des ataxiques d'après Erb, 13,5 p. 100 d'après Mæli, 40 p. 100 d'après Schmeichler.

Son principal caractère est d'être régulièrement progressive et d'aboutir à cet aspect ophthalmoscopique bien connu : une papille blanc-grisâtre tranchant nettement sur le fond rouge de l'œil. On a voulu faire de la coloration grise de la papille un signe pathognomonique de l'atrophie tabétique; cliniquement, on ne peut admettre cette précision; il n'est pas rare de rencontrer des papilles ataxiques très blanches. Tandis que la papille se décolore progressivement, avant même ce changement de teinte, le champ visuel se rétrécit et ce rétrécissement est lui-même précédé d'une diminution du champ de perception des couleurs dans l'ordre suivant : vert, rouge, bleu. En même temps, il y a quelques lacunes et scotomes dans le champ de la vision; ce serait là pour Abadie un bon caractère de l'atrophie ataxique.

M. le professeur Charcot a montré que la sclérose du nerf optique pouvait précéder la venue des phénomènes typiques du tabès et même les faire prévenir longtemps à l'avance.

Quelle que soit l'époque de son apparition, elle condamne, sans appel, le malheureux patient à la cécité.

---

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement nouveau et original de la tuberculose.** — Le docteur Lanigan, qui s'est occupé particulièrement des maladies de l'appareil respiratoire, a fait connaître, dans *The ther. Gazette* du 15 fév. 1889, quelques idées nouvelles sur le traitement de ces maladies. Dans ses études sur la question de l'antagonisme de certaines cachexies entre elles, il a remarqué, dit-il, que sur plusieurs centaines de malades il n'a jamais rencontré la *phthisie pulmonaire* et le *rhumatisme*, soit réunis, soit même se succédant, sur le même individu ; de plus, ses recherches lui ont permis de constater que les sujets rhumatisants ont *invariablement* de bons et sains poumons. Ce résultat ne pouvait pas manquer de lui faire admettre un certain degré d'antagonisme entre ces deux maladies. Le poison morbide du rhumatisme, s'est-il dit, serait-il destructif du bacille de la tuberculose ? Il lui sembla que telle devait être l'explication du fait. Dès lors, il eut la pensée d'introduire dans l'économie du tuberculeux du sang d'un sujet rhumatisant, et il trouva des malades qui consentirent à l'opération nécessaire, c'est-à-dire à la transfusion du sang du rhumatisant dans la veine du phthisique. Il a pu répéter trois fois cette expérience. Dans le premier cas, il injecta deux fois le sang rhumatisant à la dose de 124 grammes; dans le second, 186 grammes une fois seulement. Chez ces deux malades le rhumatisme s'établit en une semaine. Dans le troisième cas, il y eut une seule injection de 148 gram

mes; la température s'éleva à 40°, puis tomba à 38° le même jour; mais il n'y eut aucun signe de douleur ni dans les articulations, ni dans aucune autre région. Cependant, les trois opérés se trouvèrent également bien; leur poids augmenta, leur température s'abaissa, le pouls et les autres symptômes rentrèrent dans les conditions normales, et il y a lieu d'espérer une amélioration progressive dans leur état, car les forces et l'appétit se montrent dans de bonnes conditions. La seule objection pour l'auteur de ce mode de traitement est la difficulté de trouver des rhumatisants qui consentent à donner de leur sang, quoique ce sacrifice, dit-il, soit, dans la plupart des cas, dans l'intérêt même de leur guérison.

Voilà des faits étranges. La transfusion n'aurait-elle pas agi simplement en tant que transfusion chez des sujets anémiés? Quant à cette phrase « le rhumatisme s'établit en une semaine », il nous faudrait plus de détails pour que nous fussions convaincus. Du reste, on considère généralement le rhumatisme articulaire aigu comme une maladie infectieuse et par conséquent il n'est pas impossible qu'il soit inoculable. — R.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 février 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues; — une circulaire invitant la Société à prendre part au 2e Congrès international d'hydrologie et de climatologie qui se tiendra, à Paris, du 3 au 10 octobre 1889.

— M. Trousseau lit un travail intitulé : *L'œil tabétique.* (Voir plus haut.)

M. Abadie : M. Trousseau a bien analysé, dans son travail, l'ensemble des symptômes oculaires qu'on rencontre dans le *tabes dorsalis*. Il est vrai que, dans un grand nombre de cas, les paralysies fugaces des muscles oculaires, l'atrophie double de la papille, le signe d'Argyll Robertson, c'est-à-dire l'immobilité de la pupille à l'égard de la lumière alors qu'elle a conservé sa contractilité sous l'influence de l'accommodation, sont des signes précurseurs du tabès. Mais, néanmoins, il ne faut pas leur donner une valeur absolue, et alors même qu'ils seraient réunis, on ne peut porter le diagnostic ferme de *tabes dorsalis* que lorsqu'il survient des symptômes médullaires tels que les douleurs fulgurantes et l'incoordination des mouvements. Je crois qu'on peut dire que le symptôme réellement fondamental de l'ataxie, ce sont les douleurs fulgurantes. Elles existent quelquefois dans le territoire du trijumeau et font partie alors des manifestations céphaliques du tabès.

Il est connu aujourd'hui que le signe d'Argyll Robertson, considéré comme pathognomique tout d'abord, existe dans d'autres maladies du système nerveux.

Quant aux atrophies des nerfs optiques, bien que Charcot ait eu raison de dire qu'elles précédaient souvent d'un long intervalle les autres manifestations de l'ataxie, il n'en est pas moins vrai qu'il existe des cas où une double atrophie survient présentant les caractères de l'atrophie essentielle et progressive qui reste ensuite telle quelle, sans jamais s'accompagner d'autre lésion nerveuse.

Puisque je parle en ce moment de l'atrophie des nerfs optiques, je dirai que j'essaye depuis quelque temps la suspension en me conformant au *modus faciendi* qui a été indiqué par M. Charcot. Sans être encore absolument démonstratifs au point de vue de l'amélioration de l'acuité visuelle, les résultats obtenus me paraissent encourageants. Par contre, l'efficacité de ce mode de traitement contre les autres troubles fonctionnels d'origine médullaire m'a paru incontestable. Un de mes malades a vu rapidement cesser par ce moyen des troubles de la miction fort pénibles qui le tourmentaient depuis plus de deux ans.

M. Duroziez : Comment M. Abadie fait-il la suspension ?

M. Abadie : D'après le système de Sayre, pendant deux ou trois minutes.

M. Desnos : La suspension m'a donné, chez quelques ataxiques, des résultats excellents au point de vue des troubles de la miction, qui se sont rapidement amendés.

— M. Berne communique une note sur le *traitement de l'hydarthrose du genou par le procédé de l'éclatement.* (Sera publié.)

M. Richelot : Pourquoi M. Berne préfère-t-il l'éclatement à la ponction? Avec l'antisepsie, une ponction serait absolument inoffensive. L'éclatement est un procédé aveugle qui demande des mains plus habiles qu'un procédé à ciel ouvert, comme l'est la ponction. Par contre, j'approuve fort le *massage* pratiqué après l'éclatement.

M. Reliquet : Il me semble qu'avec la ponction la récidive est plus facile qu'après l'éclatement; c'est du moins ce que j'ai toujours vu pour les kystes synoviaux du poignet. Peut-être cela tient-il à ce que, dans l'éclatement, l'ouverture reste béante, tandis que, dans la ponction, elle se referme rapidement.

M. Richelot : Je crois qu'après l'éclatement la synoviale se referme aussi vite qu'après la ponction. C'est le massage, qui diffuse le liquide, qui me paraît jouer le rôle principal.

M. Berne : L'éclatement ne peut être appliqué qu'aux hydarthroses à parois minces, mais alors je crois qu'il est sans danger, et qu'il est plus efficace que la ponction.

— M. Ant. Martin donne quelques détails sur un cas de submersion qu'il vient d'observer chez une femme qui s'était précipitée dans la Seine dans le but de se suicider.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## VARIÉTÉS

### LA CUISINE CHEZ LES GAULOIS

*Découverte d'une fricassée de poulet du* IV*e siècle.*

A Rome, chez nos conquérants, pendant le règne des empereurs, le luxe de la table était réellement effréné. La chère exquise affriandait la noblesse latine à ce point que les *coquinarii* ou cuisiniers étaient devenus des hommes recherchés, de véritables personnages dans la famille romaine.

Les plats préférés du maître étaient : le surmulet venu de Corse ou de Tauromenium, payé quelques milliers de sesterces; la murène de Charybde, relevée par le foie d'une oie grasse; la langouste débordant du plat avec son panache d'asperges. Le jeune levreau figure près de la blonde poularde; le filet de sanglier, les truffes de Libye viennent flatter la sensualité des riches gourmets, etc. Au pauvre, les choux verts ou rouges, la farine bouillie, les pois, les noix, une anguille, ou, suivant l'expression de Juvénal, quelque sale poisson du Tibre engraissé des immondices et des cloaques de Subure.

Les différentes invasions eurent une grande influence sur la cuisine nationale gauloise. Avant la conquête, les divers aliments que nous allons énumérer étaient préparés simplement et sans apprêt. De grands hameçons de bronze (1) dépeuplaient les rivières au profit de la table; le gibier des forêts, le lièvre surtout et le lapin, étaient la nourriture ordinaire de tous les citoyens. D'après nos découvertes personnelles aussi bien à Paris qu'en province, nous constatons que la cuisine mortuaire, c'est-à-dire les mets qu'on déposait dans la tombe à côté du mort, se composait fort souvent de pieds de

(1) Un hameçon de bronze de 10 centimètres de longueur a été trouvé dans la Seine avec quelques curiosités gauloises, sous une couche de sable de plus de 1 m. 50 d'épaisseur, en amont du pont Tolbiac, à Paris, il figure dans notre collection d'antiquités parisiennes.

sanglier, de lièvre, de lapin, de mouton et d'œufs de poule. L'ours, le loir, les oiseaux figuraient dans la cuisine ordinaire du peuple, le tout assaisonné avec du cumin et du vinaigre. Le pain, le laitage, les fèves de marais, les racines, les pois, les fromages blancs ou fermentés formaient encore une partie essentielle de leur repas. Ils mangeaient les olives, les nèfles, les noix, ainsi que vient l'affirmer la découverte de tombes celtiques à Hardthausen. Les noisettes étaient fort recherchées; le journal de M. de Mortillet, l'*Indicateur de l'archéologie*, en parle ainsi : « Sur la poitrine était posé un plat en cuivre, de forme ovale, couvert de noisettes parfaitement conservées. Deux noisettes avaient été poussées entre les dents du squelette, sans doute pour servir de nourriture au mort pendant son voyage dans l'autre monde. »

Le pot-au-feu, la soupe à la viande, figuraient aussi dans la cuisine de nos pères. Nous avons eu la bonne fortune de recueillir dans nos fouilles, non loin du Val-de-Grâce, une grande *olla* portant encore la trace du feu, et qui, certainement, avait été employée à fabriquer la soupe traditionnelle.

N'oublions pas que le miel devait rendre de grands services aussi bien chez le pauvre que chez le riche. Un vase gris perle, à long col, découvert par nous au quartier Saint-Marcel, devait contenir du miel ou des fruits confits au miel, si on en juge par la *lingua* en bronze saucé qu'il contenait, sans doute pour l'usage personnel du mort.

Ils estimaient la tarte, les gâteaux au miel, les châtaignes, les lentilles, les figues, le raisin et l'escargot. Les choux verts et rouges étaient assaisonnés à l'huile.

De nos recherches à la pointe méridionale de l'île Saint-Louis, à Paris, où nous rencontrâmes un vase gaulois accompagné d'ossements de moutons, de sangliers et de coquilles de moule, nous pouvons induire que les mollusques d'eau douce étaient usités dans la cuisine lutétienne.

Après la conquête, le cuisinier gallo-romain arriva à un tel degré de perfectionnement de son art, qu'avec différents cucurbitacés il composait des mets où l'on croyait, dit-on, reconnaître des saucisses, des thons, des champignons, etc. Par ces nombreux artifices, on parvenait à dénaturer complètement la saveur des aliments.

L'habileté du cuisinier brilla surtout par la variété des mets, et par des assaisonnements raffinés, mais qui aujourd'hui feraient lever le cœur à bien des gourmets. Je veux parler de la rue, qui entrait dans presque toutes les sauces. Pline nous apprend que du vin aromatisé avec cette plante fut distribué au peuple, après la clôture des comices, par Cornélius. La sauge (*salvia* chez les romains), la menthe étaient aussi fort estimées, ainsi que l'Assa-Fœtida, employée comme on le fait de l'ail dans nos pays, et qui, de nos jours, est très estimée des Indiens et des Persans, qui en mâchent continuellement et lui trouvent un goût exquis.

Les condiments recherchés devinrent plus nombreux. Nous voyons les graines de pavot, assaisonnées dans du miel, entrer dans une foule de préparations. Enfin, pour clore la liste des assaisonnements, la saumure, le cumin, le safran, le sésame, le fenouil, les câpres, le coriandre, le pavot, le sel, le thym, le persil, etc., étaient d'un usage journalier dans la cuisine.

Les boissons le plus souvent employées à table étaient la cervoise (*Carma*) et le *Zythum*, boisson forte et enivrante, faite avec de l'orge ou d'autres graines (sorte de bière).

Dans nos dernières recherches au centre de la nécropole du quartier Saint-Marcel, nous venons de recueillir deux vases précieux, appartenant à la fin de l'époqne gallo-romaine. Le premier, en terre noire, présente une forme particulière, que je crois unique, et que nous ne rencontrons pas dans nos musées parisiens. Le second, en terre rouge, cuite à une haute température et ne faisant pas effervescence avec l'acide nitrique, est une sorte de *patina* en forme de bol, ou de *catinus*, plat sur lequel on servait des légumes ou des poissons. La hauteur est de 12 centimètres sur 55 cent. de diamètre.

La particularité la plus remarquable de ce petit vase n'est pas sa forme, mais bien le contenu, qui n'est autre qu'une véritable fricassée ou daube d'un jeune poulet. Ce qui nous autorise à croire que nous sommes bien en présence d'une fricassée ou d'une volaille cuite à l'étouffée, c'est que les articulations ne portent pas la trace du couteau. Les ailes ont été tout d'abord déposées au fond du plat. Sur ce premier lit de viande, on a mis une partie du sternum et le col, dont on avait préalablement détaché la tête

avant la cuisson. Puis, pour terminer l'opération, les cuisses ou pilons ont été placés sur le tout, couvrant, en quelque sorte, le dessus du catinus, lequel a été posé près du mort.

J'ajouterai quelques lignes écrites par M. le docteur Allaire, médecin principal de l'armée, à propos de ma publication sur l'allaitement artificiel à l'époque gallo-romaine (1) : « Les aliments placés auprès des adultes et des vieillards me paraissent différer, non seulement selon les goûts particuliers du mort, mais aussi d'après l'état de santé pendant la vie. Dans certaines sépultures, ce ne sont que des amphores ou des vases à libation ; dans d'autres, on ne trouve que des os de mammifères sur des plats ; et dans d'autres encore des os d'oiseaux, des coquilles d'œufs, etc. »

Nous pensons que cette modeste découverte intéressera non seulement les archéologues, mais ceux de nos lecteurs qui aiment à évoquer les souvenirs des vieux âges, et se plaisent à voir repasser sous leurs yeux les coutumes des habitants de Lutèce aux premiers siècles de notre ère. Eug. Toulouze.

## FORMULAIRE

Pommade contre la phlegmatia alba dolens. — N. Guéneau de Mussy.

| | | |
|---|---|---|
| Extrait thébaïque | | |
| Extrait de belladone | àâ | 3 grammes. |
| Extrait de jusquiasme | | |
| Extrait de semences de ciguë | | |
| Vaseline | | 30 — |

F. s. a. une pommade que l'on étale sur le trajet de la veine enflammée. — Cataplasmes sur la région douloureuse. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Buda-Pesth. — M. Assaky, ancien interne des hôpitaux de Paris, a donné sa démission de chirurgien en chef des hôpitaux civils.

## COURRIER

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois de janvier dernier, 142 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

32 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;
88 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
22 ont été mordues par des animaux suspects de rage.

Les animaux mordeurs ont été : chiens, 133 fois ; chats, 6 fois ; bœuf, 1 fois.

*Personnes traitées ayant succombé à la rage.* — Druaux, 15 ans, d'Aubervilliers. Mordue le 7 janvier 1889 à la joue gauche, à 3 centimètres au-dessous de l'œil. Les dents ont fait deux plaies longues de 8 milimètres, et ayant un peu saigné. Autour, la joue est meurtrie. Les morsures ont été lavées à l'arnica cinq minutes après qu'elles ont été faites. L'animal mordeur est un chien qui a été abattu par M. Coret, vétérinaire, à Aubervilliers, qui l'a déclaré enragé.

Traitée du 9 au 28 janvier, Druaux devient malade le 6 février, elle se plaint de maux

(1) *Mes fouilles dans le sol du vieux Paris*, en vente chez MM. Gagné et Bouiinier libraires, boulevard Saint-Michel, 19, Paris.

de tête, elle est conduite le 7 à l'hôpital Lariboisière. Les symptômes de la rage, convulsions confirmées, se montrent le 9 février ; elle meurt le 11 février. La rage s'est déclarée neuf jours après le traitement.

Dufour, soixante-douze ans, de Veyras. Mordu le 22 décembre 1888 : 1° à la main droite, qui porte onze blessures sur la face dorsale, cinq sont profondes ; 2° une morsure sur la face dorsale du médius ; 3° une sur la face dorsale du petit doigt ; 4° cinq morsures sur la face dorsale du poignet droit ; elles ont été faites à nu ; 5° à la face postérieure de l'avant-bras, dans la portion médiane, cinq morsures ; la manche de la veste a été traversée.

Toutes ces blessures, au nombre de 23, ont donné du sang, et ont traversé toute l'épaisseur de la peau. Plusieurs sont plus profondes. La main est très gonflée. Ces plaies ont été lavées à l'eau sédative, elles ne présentent pas de traces de cautérisation. Dufour a été traité du 25 décembre 1888 au 12 janvier 1889. Le docteur Merlet, de Privas, donne sur Dufour les renseignements suivants : Depuis l'époque de ses blessures, et durant tout le temps du traitement qu'il a subi à l'Institut Pasteur, cet homme était hanté constamment par des cauchemars et des hallucinations. Le 9 février, apparûrent soudain, après le repas, des spasmes œsophagiens, accompagnés d'hydrophobie. En même temps, il présentait quelques phénomènes douloureux au niveau de son avant-bras mordu. Appelé à le voir, je diagnostiquai la rage. Dans la nuit du 12 au 13 sont survenus des symptômes violents, du délire, des accès de fureur ; le malade a cherché à mordre son entourage, et se déchirait le bras malade avec ses ongles. Il avait de l'hypéresthésie sensorielle, craignait la lumière, et saisissait le moindre bruit, etc. Il meurt le 13 février, à une heure du soir.

La tête du chien mordeur a été envoyée à l'Institut Pasteur le 31 décembre. Les animaux inoculés avec le bulbe étaient enragés le 19 janvier 1889. (*Bull. méd.*)

— La prochaine conférence de l'Association française pour l'avancement des sciences aura lieu, dans l'amphithéâtre de l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, le samedi 9 mars, à huit heures et demie très précises du soir : « Histoire statistique de la population française », par M. le docteur Chervin, directeur de l'Institution des bègues de Paris.

Société médicale du XVI<sup>e</sup> arrondissement. — La Société médicale du XVI<sup>e</sup> arrondissement, récemment formée, a constitué son bureau pour 1889 de la manière suivante :

Président, M. Rondeau ; vice-président, M. Thorel ; secrétaire général, M. Chouppe ; secrétaires des séances, MM. Binse et Fleury ; trésorier, M. Wickersheimer.

Elle a, de plus, acclamé comme présidents d'honneur, MM. Blanche et Marmottan.

Cette Société tiendra ses séances le premier samedi de chaque mois.

— M. le docteur Chevallereau a été nommé médecin titulaire à l'hospice des Quinze-Vingts, en remplacement de M. le docteur Abadie, démissionnaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Desclaux (de Tonneins); A. Museau (de Saint-Bonnet); M. le professeur Perroud (de Lyon) et M. Serré (de Bapaume).

— Samedi ont eu lieu, à Nancy, les obsèques de M. le docteur Edmond Lallement, professeur d'anatomie descriptive à la Faculté de médecine de Nancy.

Reçu le premier au concours de l'internat de Paris en 1860, puis interne lauréat des hôpitaux et de l'Ecole pratique de Paris, M. Lallement était revenu se fixer dans sa ville natale. Il fut nommé successivement professeur suppléant et chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine, puis professeur adjoint d'anatomie à la Faculté de médecine, en 1872, lors de la translation de la Faculté de médecine de Strasbourg à Nancy. Enfin il fut nommé professeur titulaire d'anatomie descriptive, lorsque cette chaire fut dédoublée en deux chaires : l'une d'histologie, attribuée au regretté Ch. Morel, et l'autre d'anatomie descriptive, accordée à M. Lallement.

Outre son enseignement de l'anatomie à la Faculté, M. Lallement pratiquait simultanément la médecine, la chirurgie et l'obstétrique ; ayant conquis ainsi une nombreuse clientèle, il était médecin de la compagnie des chemins de fer de l'Est, du lycée, de l'école fo-

restière, de l'école normale, de l'école professionnelle de l'Est, de nombreuses institutions privées, de diverses compagnies d'assurances, etc. Il était président de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de Meurthe-et-Moselle, membre et ancien président de l'Académie de Stanislas, membre du Conseil d'hygiène, président du Comité départemental de protection des enfants du premier âge, ancien président de la Société de médecine, membre de la Société anatomique de Paris, etc., etc.

Son rôle politique et son influence étaient à la hauteur de sa situation médicale.

Au Conseil municipal de la ville de Nancy, il fut le défenseur autorisé et heureux de divers projets importants concernant l'hygiène publique et l'installation des bâtiments de la Faculté de médecine.

Officier de l'instruction publique, M. Lallement était proposé pour la Légion d'honneur.

Doué d'une activité dévorante et d'une irrésistible impulsion au travail, M. Lallement n'a pas voulu se reposer quand, il y a deux ans, la maladie lui donnait un premier avertissement, dont il semblait avoir triomphé. Le 26 février, il avait encore rempli toutes ses fonctions ; le 27 au matin, il succombait subitement.

Sa mort laisse un vide dont on peut apprécier l'importance par l'énumération de toutes les fonctions qu'il a occupées dans la ville de Nancy. (*Gaz. des hôp.*)

Société médico-pratique. — Séance du 11 mars 1889. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de MM. Blocq et Potherat, sur la candidature de M. Bloch. — 2. M. Poulet : De l'emploi du strophantus contre les accidents de l'épilepsie. — 3. M. Le Bec : Hystérectomie sus-vaginale pour un fibrome œdémateux ; mort par étranglement interne. — 4. M. Philbert : De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité. — 5. M. Schwartz : De la nature tuberculeuse de la synovite riziforme.

Prix de la Société médico-psycologique. — Prix proposés pour 1890. — *Prix Aubanel.* — 2,400 francs. — Question : « Des difficultés du diagnostic différentiel de la paralysie générale avec les diverses formes de la folie. »

*Prix Belhomme.* — 1,000 francs. — Question : « De l'état mental et du délire chez les idiot et les imbéciles. »

*Prix Esquirol.* — Ce prix, de la valeur de 200 fr., plus les œuvres d'Esquirol, sera décerné au meilleur mémoire manuscrit sur un point de pathologie mentale.

*Prix Moreau* (de Tours). — Ce prix de la valeur de 200 fr., sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé, ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1888 et 1889, dans les facultés de médecine de France, sur un sujet de pathologie mentale et nerveuse.

*Nota.* — Les mémoires manuscrits ou imprimés, ainsi que les thèses, devront être déposés le 31 décembre 1889, chez M. le Dr Ant. Ritti, médecin de la maison nationale de Charenton, secrétaire général de la Société. Les mémoires manuscrits seront accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les noms et adresse des auteurs.

**Postes médicaux**. — Un officier de santé, bachelier ès-lettres, diplômé pour la Gironde et les Deux-Sèvres, âgé de 36 ans, demande un poste dans l'un de ces deux départements, de préférence dans le premier. — S'adresser aux bureaux du journal.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire



## Hôpital de la Pitié. — M. Lancereaux.

### L'épithéliome de l'œsophage.

Leçon recueillie par M. G. Bouisson, interne du service.

Messieurs,

L'épithéliome de l'œsophage est une affection assez rare pour que les cas en soient recueillis avec soin. Un malade de notre salle sur lequel j'ai particulièrement appelé votre attention vient d'y succomber, je vous rappellerai, en quelques mots, son histoire; j'en rapprocherai celle de quelques autres malades afin de vous mettre à même de savoir reconnaître cette affection et de bien saisir toutes ses conséquences possibles.

Le nommé J. C..., employé de commerce, âgé de 50 ans, entre salle Piorry le 30 octobre 1888. Nombreux excès alcooliques jusqu'à l'âge de 42 ans. Pas de maladies antérieures, pas d'antécédents héréditaires.

Il y a cinq mois, maux de gorge, sensation de brûlure à la déglutition des liquides, surtout du cognac, douleur au niveau du pharynx et du creux épigastrique à la déglutition des solides. Le malade a maigri de 30 livres. Depuis trois semaines, régurgitations fréquentes, crachats blanchâtres, absence de vomissements. Soigné du 25 juillet au 1er août dans le service de M. Dujardin-Beaumetz, il aurait été sondé tous les jours avec facilité pendant dix jours.

Ce malade présente actuellement un myœdème très marqué disparaissant d'ailleurs après cinq ou six excitations. Visage anémié, teint jaunâtre, mais non jaune paille. La déglutition des liquides est encore possible, celle des solides ne l'est plus. Les tentatives du malade n'aboutissent qu'à des régurgitations. Quelques instants après la déglutition, le malade est pris de contractions de l'œsophage et rejette, sous l'influence d'efforts, solides et liquides mélangés d'un mucus épais, blanchâtre et visqueux, non teinté de sang. L'ensemble de ces symptômes nous fait diagnostiquer un rétrécissement de l'œsophage, et l'absence de toute circonstance ayant pu déterminer un rétrécissement fibreux nous conduit à soupçonner l'existence d'un épithéliome.

Le 3 novembre, le malade ne peut plus avaler même le lait. Nous pratiquons le cathétérisme de l'œsophage, mais l'olive la plus petite vient se buter au niveau de la partie supérieure de l'œsophage contre un obstacle impossible à franchir. On a la sensation d'une barrière pleine et solide, bien différente de la sensation que donne celle d'un spasme musculaire.

Le cathétérisme avec la sonde n'est pas plus heureux qu'avec l'olive.

Le 10. — Le malade ne peut rien avaler du tout, la soif est vive, le malade rejette tout absolument. Le cathétérisme est de nouveau tenté, infructueusement; après chaque essai, le malade a des crachats muqueux très abondants et, cette fois, teintés de sang.

Dans un mucus abondant, nagent des flocons qui ne laissent aucun doute sur la nature du néoplasme. Lavement nutritif avec bouillon, œufs et peptones.

Le 20. — Après des alternatives d'amélioration peu marquées d'ailleurs, le malade est très mal, sa voix est voilée, comme dans les laryngites (*a crapula*).

Potion avec bromure de potassium et sirop de morphine.

Le 22. — Immédiatement après la visite, le malade est pris pour la première fois, dans le côté droit de la poitrine à la partie inférieure de la région dorsale, d'une douleur qui remonte jusqu'à la partie supérieure du dos. Cette douleur ressemble à un éclair, elle l'oblige à s'asseoir, ses yeux s'ouvrent démesurément, sa figure exprime l'angoisse. Ces phénomènes durent très peu, une seconde à peine, et se reproduisent dans la journée et les jours suivants.

Mort dans la nuit, le 25 novembre à deux heures du matin.

Deux heures avant la mort, douleurs très vives, cris, appels, râles agoniques à la dernière heure.

*Autopsie* le 26. — Vingt-six heures après la mort.

Le *cerveau* est intact.

*Foie.* — Légères traces de périhépatite, capsule opalescente, consistance et coloration normales, à part un peu de congestion.

*Poids.* — 1,280 grammes, vésicule pleine de bile, pas de calculs.

*Rate.* — 80 grammes.

*Reins* congestionnés, mais normaux, la capsule présente quelques taches blanchâtres. Décortication facile. Poids, 150 grammes.

*Estomac.* — Vide, revenu sur lui-même, muqueuse plissée, ridée, rappelant celle d'une vessie à colonnes. A la partie supérieure, brides fibreuses, juste au niveau de la continuation de la muqueuse œsophagienne par celle de l'estomac. Ganglions de la petite courbure infiltrés.

*Poumons.* — Le lobe moyen du poumon droit est atteint de pneumonie septique. A la partie supérieure de ce lobe, la désintégration du tissu pulmonaire est complète. Autour de cette partie ramollie, ne résistant pas au doigt, existe dans le lobe inférieur surtout, une hépatisation rouge et on trouve, entre la plèvre viscérale et pariétale diaphragmatique, des fausses membranes purulentes, récentes, établissant des adhérences entre les deux feuillets.

La plèvre diaphragmatique gauche offre des lésions analogues.

Le poumon gauche n'a rien de particulier; il est partout normal.

Le larynx n'a pu être enlevé; néanmoins on a pu examiner l'œsophage. La section porte sur la partie supérieure de celui-ci; il est impossible de voir la lumière du canal, au niveau du point sectionné. Le rétrécissement est assez considérable pour ne permettre à de l'eau introduite par l'estomac de s'échapper que par un mince filet. En introduisant une sonde par le cardia, on arrive à faire une lumière à demi artificielle du calibre d'une plume de pigeon. Les parois de l'œsophage sont épaissies dans toute leur étendue et dans toute leur hauteur; néanmoins, l'endroit où les lésions prédominent, c'est le niveau de la bifurcation de la trachée. Entre la crosse de l'aorte et cette bifurcation, la lésion ne présente plus les caractères d'épaississement et d'infiltration qu'on lui retrouve au-dessus et au-dessous; elle est ulcéreuse, la paroi antérieure elle-même est détruite dans l'étendue de 1 centimètre, et autour de cette ulcération, les tissus sont mous, friables et s'effritent sous le doigt. La paroi postérieure de la trachée, au niveau de l'éperon, et la paroi postérieure de la grosse bronche droite est détruite également.

L'ulcération porte surtout sur cette dernière; l'anneau formé par l'ouverture de la bronche gauche est respecté; on voit néanmoins, dans la lumière de ce canal, des bosselures blanches cancéreuses du volume d'une demi-lentille.

Il n'y a pas de pus dans le médiastin. Les ganglions sont pris, mais ils ne sont pas très volumineux.

Le pneumo-gastrique droit, suivi depuis la partie supérieure de la trachée, présente au niveau du cloaque formé par le magma cancéreux de l'œsophage et de la bronche droite un renflement d'un demi-centimètre de longueur qui double son volume normal,

et là, on le perd complètement. Le bout inférieur, par son extrémité centrale, adhère à la paroi postérieure de l'œsophage, et ne présente à l'œil nu rien de particulier, sauf la section dont nous avons parlé.

Le pneumogastrique gauche n'offre rien de particulier, sinon un certain degré d'injection vasculaire.

Nous ferons remarquer que c'est au niveau de la racine des bronches du poumon droit que les lésions pulmonaires mentionnées étaient le plus marquées, et que le ramollissement putride se continuait avec le magma cancéreux et semblait faire corps avec lui.

Le cœur ne présente rien de particulier au niveau du bulbe aortique; à 2 centimètres au-dessus des goussets, on trouve un épaississement fibreux, calcaire, athéromateux des trois quarts postérieurs de la circonférence de l'aorte, qui est à cet endroit renflée en forme de gourde.

L'aorte ne présente pas d'ailleurs d'athérome dans ses autres parties, et la fibre musculaire du cœur a conservé sa coloration normale.

En 1866, j'observai à l'Hôtel-Dieu un homme de 53 ans, cocher, maigre et profondément anémié, à qui Follin avait cathétérisé l'œsophage quelques mois plus tôt. Il présenta en dernier lieu une dysphagie très accentuée, une inspiration sifflante avec léger cornage et succomba à la suite d'accès de suffocation et de dyspnée.

A l'autopsie, l'œsophage, dilaté à sa partie supérieure, présentait à sa partie moyenne un épithéliome de 5 à 6 centimètres, sous forme d'ulcère saillant à rebords indurés et renversés occupant presque toute la circonférence de l'organe. Deux nodules faisaient saillie dans la trachée à 1 ou 2 centimètres de distance. Les ganglions voisins de l'œsophage et de la trachée étaient indurés et formaient avec le tissu cellulo-adipeux ambiant une masse remplissant le médiastin et comprimant la trachée et les nerfs.

Dans le cours de la même année, un carrier se présentait à notre observation. Ce malade, amaigri et pâle, se plaignait de dysphagie et ne pouvait avaler ni liquides ni solides. Blessé par la chute d'une pierre l'année précédente, il avait vomi à ce moment, au mois de juillet, une grande quantité de sang rouge. Il avait eu, au mois de septembre, de nouvelles hémorrhagies. Le cathétérisme montra un rétrécissement considérable au niveau du cardia. Entré au mois de mars, le malade mourut au mois de juin.

L'autopsie nous montra une pleurésie double plus prononcée à droite qu'à gauche. Au milieu d'un épanchement rougeâtre trouble, on voyait quelques fausses membranes. L'œsophage était dilaté dans une grande étendue. Les parois étaient hypertrophiées, et, à 4 ou 5 centimètres du cardia, commençait une végétation en forme de champignon se prolongeant sur l'estomac, végétation à rebords festonnés, saillants et durs et à partie centrale ramollie.

A part ces trois faits, j'eus, en 1861 (1), l'occasion de présenter à la Société anatomique deux cas de cancer de l'œsophage, et j'insistai alors sur les caractères de l'épithéliome de cet organe. L'un des premiers, je montrai la constitution essentiellement épithéliale de ce cancer, la ressemblance parfaite des éléments cellulaires qui le constituent avec les cellules épithéliales normales de la muqueuse. Je montrai, outre la possibilité de la généralisation, rare il est vrai, quand la lésion siège à l'œsophage, la grande tendance à la destruction qui caractérise le cancer épithélial. Un dernier cas, observé par moi, est relaté dans mon atlas d'anatomie pathologique, où vous trouverez le dessin qui vous montrera l'altération consécutive du nerf récurrent laryngé.

En 1855, Robin (2), à propos d'un fait observé par Bucquoy, avait établi,

(1) Lancereaux : *Deux cas d'épithélioma de l'œsophage.* (*Bull. de la Société anatomique*, Paris, 1861.)

(2) Robin et Bucquoy : Société de biologie et *Gazette médicale*, 1855.

par l'examen histologique, que l'altération dont il s'agit n'est autre chose qu'une hypertrophie épithéliale des glandes œsophagiennes avec envahissement et destruction des tissus voisins. L'ulcère, dit-il, offre tous les caractères et la structure des ulcères épidermiques.

Lebert (1) a fait également des constatations analogues sur une pièce présentée par Salneuve, et Follin (2) a également relevé la nature épithéliale du cancer œsophagien.

Si nous rapprochons de ces faits les cas connus de cancer de l'œsophage, et entre autres ceux rapportés dans les Bulletins de la Société anatomique, où existait soit une perforation de la trachée, soit une perforation de l'aorte, nous pourrons nous faire une idée nette de l'anatomie pathologique de l'affection qui nous occupe. Cette lésion siège d'ordinaire au tiers inférieur du conduit, à la jonction de la partie cervicale et de la partie thoracique, ou près du cardia. Elle est constituée par une saillie blanchâtre indurée, à rebords sinueux, durs, festonnés, qui ne tarde pas à s'ulcérer. L'ulcère grenu et blanchâtre s'agrandit et la lésion s'étend par les bords qui gardent leur caractère de dureté. Au voisinage, la tunique musculeuse s'hypertrophie.

Au microscope, on voit que le point de départ de la lésion est dans la couche épithéliale soit de la muqueuse, soit des glandes en grappe. Dans le premier cas, on a affaire à une sorte d'hypertrophie papillaire se manifestant par une excroissance en forme de choux-fleurs. Semblable au cancroïde tégumentaire, cette lésion est d'autres fois tubulée, avec canaux ampullaires.

Au bout d'un certain temps, les éléments épithéliaux infiltrent les tissus voisins, les ganglions œsophagiens, du cou, du médiastin. Ils atteignent le foie; au moins existe-t-il un cas de ce genre (3) dû à M. Seraillier. Dans un autre cas, le foie et les reins eux-mêmes étaient pris (4). Ainsi la tendance à la généralisation existe aussi bien ici que dans les épithéliomes des autres régions. Mais les organes immédiatement voisins de l'œsophage sont naturellement plus souvent atteints. Les pneumogastriques, les récurrents sont comprimés la plupart du temps, et quelquefois, comme dans notre cas, infiltrés de cellules épithéliales ou détruits dans une certaine étendue. La trachée, les bronches, l'aorte, le cœur lui-même sont fréquemment atteints ou perforés.

Indépendamment de ces lésions de propagation, on peut trouver, à l'autopsie d'un malade mort de cancer de l'œsophage, des lésions dues à certaines complications. La pneumonie est fréquente, et vous pouvez en voir ici un bel exemple. Cette pneumonie lobulaire fétide et gangréneuse ne rappelle en rien, par sa nature, la pneumonie aiguë franche; elle se rapproche plutôt de la pneumonie expérimentale provoquée par section nerveuse. C'est une pneumonie par corps étrangers des voies aériennes, dont le caractère septique se révèle encore par l'existence de pleurésies ou de péricardites purulentes concomitantes. Ces accidents peuvent survenir spontanément; ils peuvent aussi être amenés par le cathétérisme (5) et vous voyez quelles réserves la connaissance de ces faits nous commande.

(1) Soc. an., 1852 et *in* Clin. Béhier.
(2) Soc. an., 1856, p. 507 et 508.
(3) Seraillier : Soc. anat., t. XLI, p. 159.
(4) Liouville : Soc. anat., t. XLVII, p. 232.
(5) Besnier : Soc. anat., t. XLI, p. 155.

Mais voyons comment débute et marche notre maladie. C'est d'abord une dysphagie légère pour les liquides et pour les solides qui ne peuvent bientôt plus passer. Puis, il y a régurgitation des liquides eux-mêmes, expulsion de matières d'abord glaireuses, puis sanguinolentes, et parfois des hémorrhagies. L'hàleine est fétide, l'appétit nul. Le malade, ne se nourrissant plus, s'amaigrit rapidement. Son teint devient pâle, sa voix se modifie. L'enrouement peut aller jusqu'à l'aphonie complète; le larynx est intact au laryngoscope, mais les cordes vocales sont paralysées dans quelques cas. Il y a en même temps de la dyspnée, du cornage, de l'asthme, comme dans un autre cas qui m'est personnel, et quelquefois de l'asphyxie. La pneumonie et la pleurésie peuvent également être reconnues pendant la vie.

Ces deux dernières affections, à laquelle il convient d'ajouter la péricardite, ne sont jamais que des complications dues à une infection provenant de l'ulcère œsophagien. Ce sont ces complications qui amènent la mort, quand elle s'est produite par la perforation du cœur, de l'aorte, de la trachée, ou encore par la propagation de l'épithéliome au nerf pneumogastrique ou à ses bronches. Ces différents désordres, auxquels conduit forcément l'œsophage, rendent le pronostic de cette affection des plus graves; aussi importe-t-il de savoir la distinguer du rétrécissement simplement fibreux.

Si l'on cathétérise au début l'œsophage, on reconnaît facilement l'existence d'un rétrécissement de cet organe ; mais on n'en connaît pas la nature. L'absence d'ingestion de substances caustiques dans les antécédents du malade, son âge avancé, la perte de l'appétit sont avec l'anémie autant de circonstances qui conduisent au diagnostic de l'épithéliome, et commandent un pronostic sévère. Ce pronostic est de plus à courte échéance, car jamais la terminaison fatale n'est le fait de la cachexie. Le malade n'a pas le temps d'en venir là. Il peut mourir d'inanition, mais, le plus souvent, c'est par la propagation et ulcération d'un organe voisin qu'il est emporté. La perforation de la trachée est la cause la plus fréquente de la mort. C'est ici le lieu d'insister sur la douleur de côté, si violente chez notre malade, et qui fut notée, d'après Béhier (1), dans tous les cas de rupture de l'œsophage. Un cathétérisme intempestif peut provoquer ces lésions; il peut aussi, en perforant l'aorte, emporter le malade par une hémorrhagie abondante.

Je voudrais insister ici sur le rejet de matières glaireuses filantes qui, quand il est accompagné, comme c'est le cas le plus fréquent, d'une toux sèche, peut donner le change et faire croire à une affection des voies aériennes, alors qu'il n'en est rien. Ces matières, constituées surtout par de la salive, sont assez analogues à du blanc d'œuf battu dans de l'eau; elles sont très aérées, et, si le malade néglige de donner des renseignements sur la difficulté qu'il a d'avaler, il en résulte un diagnostic erroné, comme cela m'est arrivé une fois, car l'on peut croire à un catarrhe bronchique.

Plus fréquent chez l'homme, l'épithéliome de l'œsophage est peut-être moins souvent héréditaire. Sur quarante-quatre cas, Billroth a trouvé trois femmes seulement atteintes de cette maladie. Peut-être serait-ce une raison pour reconnaître une importance plus grande ici aux causes prédisposantes, alcool et tabac, plus particulières à l'homme, mais il me semble

(1) Béhier : Leçons de clinique médicale, 1864, art. : *Rétrécissements de l'œsophage.*

que la raison en est bien plutôt dans ce fait que les seins et l'utérus sont, chez les femmes, les organes plus spécialement prédisposés au cancer.

Le rétrécissement de l'œsophage doit être combattu par le cathétérisme, les antispasmodiques. Soyez prudents dans l'emploi du premier et rappelez-vous que le *primo non nocere* est votre premier devoir. Votre prudence vous évitera peut-être d'ouvrir l'aorte, le médiastin ou la trachée. Alimentez le malade de votre mieux. Il existe enfin une dernière ressource, bonne surtout si l'on n'a pas affaire à une lésion organique, mais à un rétrécissement fibreux; je veux parler de la gastrostomie. Cette opération, en effet, n'a pas jusqu'ici donné d'excellents résultats, car d'après une statistique publiée par Gross en 1884, sur 158 cas, la mort a été 42 fois le résultat direct ou indirect de l'opération, 67 fois elle est survenue de neuf heures à un mois après l'opération, et 49 fois les opérés ont survécu plus d'un mois.

---

## BIBLIOTHÈQUE

Leçons cliniques sur les formes et le traitement des bronchites, par le docteur Ferrand. Paris, Delahaye, 1888.

L'auteur divise les bronchites en quatre classes : bronchites congestives, bronchites catarrhales, bronchites spasmodiques, et range dans un chapitre à part les bronchites infectieuses.

Les bronchites congestives sont les plus communes et se distinguent du catarrhe et des inflammations par l'absence de toute hypersécrétion. Elles s'accompagnent de symptômes subjectifs et fonctionnels bien connus dont les principaux sont la toux quinteuse, la dyspnée, etc. Les causes de ces bronchites sont le froid dont l'action est souvent favorisée par une impressionnabilité spéciale, les irritations des muqueuses du nez et du larynx, la coqueluche, l'asthme, l'emphysème, etc. Ce sont là des congestions actives; il en est de passives dans les maladies du cœur, du foie, des reins, etc. M. Ferrand décrit la localisation spéciale de la bronchite chez les arthritiques et insiste sur une forme spéciale de pharyngo-laryngo-bronchite, avec quintes spasmodiques et paroxysmes fréquents, qu'il a le premier décrite et qui ne se voit guère que chez les arthritiques; le traitement le plus actif de cette dernière forme est le tartre stibié, 0,05 à 0,10 dans une potion par cuillerées à soupe, le matin d'heure en heure; il faut employer cette médication trois ou quatre semaines de suite, dans la proportion de trois jours environ chaque semaine.

Les bronchites catarrhales sont très fréquentes; elles sont caractérisées par l'hypercrinie des surfaces sécrétantes, hypercrinie qui peut devenir excessive dans la bronchorrhée. L'expectoration dans le catarrhe est fluide, transparente ou écumeuse, rarement visqueuse. Les variétés de la bronchite catarrhale sont nombreuses : ce sont le rhume vulgaire, la synoque catarrhale, la grippe ou fièvre catarrhale épidémique, probablement d'origine bacillaire, le catarrhe par propagation d'un coryza, celui que l'on rencontre souvent dans les diverses névroses de l'appareil respiratoire, etc. La bronchite catarrhale se voit encore dans la pneumonie, la tuberculose, chez les cardiaques, les scrofuleux.

Dans les bronchites inflammatoires, il y a stase sanguine, exsudation plastique, exsudat fibrineux ou même purulent : citons les bronchites simples *a frigore*, la bronchite capillaire, certaines bronchites arthritiques, scrofuleuses et tuberculeuses.

L'asthme est le type des bronchites spasmodiques et est une névrose du pneumogastrique; il peut y avoir des pseudo-asthmes dus à des irritations d'une branche quelconque du nerf.

Les bronchites infectieuses et septiques, ulcéreuses, gangréneuses et diphthéritiques, constituent la dernière classe.

Le livre de M. Ferrand est très étudié au point de vue thérapeutique, et les praticiens y trouveront de nombreux types de traitement applicables aux cas les plus communs de la pratique. — P. C.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement du tintement d'oreille.** — On sait quelles difficultés présente trop souvent la cure du tintement d'oreille — *tinnitus aurium* — qui constitue alors un véritable supplice pour le patient. Il est donc utile de signaler tous les moyens qui peuvent être conseillés comme propres à le combattre. Le docteur Boylan a communiqué dernièrement à l'Académie de médecine de Cincinnati (*The therap. Gaz.*, 15 févr. 1889) un fait qui, sous ce rapport, est intéressant. Le traitement préconisé consiste dans « l'insufflation de l'éther sous forme de vapeur» par le canal d'une sonde introduite dans la trompe d'Eustache. Le malade était un homme de 40 ans, qui souffrait d'otorrhée chronique depuis son enfance. Après la première insufflation, le tintement cessa d'être perçu pendant six à huit heures. Après la seconde, la durée de la cessation fut double. L'insupportable symptôme continua à céder graduellement ainsi, et l'opéré obtint la nuit un repos qu'il ne connaissait point depuis un an. Jusqu'à présent, une guérison complète n'a pas été obtenue, mais les bruits morbides n'ont été perçus que par intervalles, et sont restés très légers. On peut toujours revenir aux insufflations de vapeur d'éther, s'il survient une recrudescence du tintement. — R.

**Nouvelle méthode de traitement des processus tuberculeux**, par LENDERER (*Münch. med. Worh.* 1888, 40 et 41. — *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte* 1888, 22. — *Nouveaux Remèdes*, 1889, 1). — Lenderer fait remarquer que, pour venir à bout de la tuberculose par des moyens thérapeutiques, on peut suivre deux voies différentes : 1° en trouver un spécifique (comme le mercure dans la syphilis, la quinine dans les fièvres intermittentes, etc.) ce qui, jusqu'à présent, n'a encore réussi à personne ; ou 2° imiter la nature et tâcher de transformer le foyer tuberculeux par l'inflammation en une cicatrice solide. Si ce mode de guérison est si rare, c'est que le tubercule est trop pauvre en vaisseaux et par suite possède trop peu de matière pour la réparation, pour la formation des cicatrices.

L'action curative de l'inflammation nous est bien démontrée par l'érysipèle qui, se développant sur un lupus, provoque une amélioration pendant quelques jours et parfois même une guérison temporaire. L'auteur, en cherchant à susciter une inflammation aseptique par des substances chimiques, s'est arrêté au baume du Pérou. En effet, il y a déjà longtemps que Sayre s'en est servi pour le traitement des abcès tuberculeux qu'il tamponnait avec des linges imbibés de baume du Pérou ; la guérison survenait très rapidement. En répétant ces observations, Landerer s'est convaincu de la justesse de l'assertion de Sayre. Des ulcères tuberculeux, des fistules guérirent sous l'influence de ce médicament qu'il employait soit sous forme d'emplâtre (1 partie de baume du Pérou pour 3 à 5 parties de mastic à diachylum ou encore 1, 1 1/2 partie de cire), soit imprégné dans des linges à pansement hydrophiles, soit dissous dans 3 à 5 parties d'éther. Le baume du Pérou est aussi introduit dans les foyers périphériques en injections sous-cutanées, d'après la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Baume du Pérou........................ } | ââ 1 gramme. |
| Mucilage de gomme arabique............ } | |
| Huile d'amandes....................... | q. s. p. f. une émulsion très fine. |
| Chlorure de sodium.................... | 0 gr. 7 |
| Eau distillée......................... | 100 gr. M. D. S. |

Mais il s'est trouvé que, le baume ne diffusant pas, les foyers tuberculeux situés dans des endroits inaccessibles à l'injection sous-cutanée n'ont manifesté aucune tendance à la guérison. L'auteur s'est donc évertué à arriver jusqu'à eux.

Si l'on prend en considération le mode de formation du foyer tuberculeux dans l'intérieur du corps, on est forcé d'admettre que leur origine est due à une embolie microbique provenant du foyer principal. C'est aussi par le sang que Lenderer crut amener le médicament ; il s'est adresé aux injections intra-veineuses.

Une objection se présente tout de suite ; qui nous assurera que les particules de baume du Pérou n'avaient pas provoqué des inflammations à des endroits tout à fait sains, sans s'arrêter là où le tissu est malade ? A cela répondent des expériences nombreuses qui démontrent que les éléments corpusculaires introduits dans les vaisseaux sanguins s'arrêtent de préférence là où a lieu préalablement une inflammation ou une lésion quelconque. Il était donc à présumer que l'émulsion de baume du Pérou — pourvu que les corpuscules ne dépassent pas en grandeur les globules sanguins — passe dans les tissus affectés de tuberculose.

Voici les résultats les plus importants des expériences entreprises par Landerer :

Les animaux qui ont reçu des injections intra-veineuses de baume du Pérou se développent bien et, à l'autopsie, on ne trouve rien de remarquable dans leurs organes.

On injecte à des lapins (divisés en cinq groupes) de la matière tuberculeuse caséeuse dans les veines. Après huit à vingt et un jours, on leur fait des injections intra-veineuses de baume, excepté aux lapins de contrôle. Ceux-ci meurent rapidement de tuberculose, tandis que les premiers leur survivent assez longtemps. En tous cas l'autopsie démontre l'effet curatif du baume. Autour de nombreux nodules tuberculeux des poumons, du foie ou de la rate, on remarque une forte aréole inflammatoire ; dans les cas avancés, ils sont même entourés d'un anneau conjonctif dense. Les masses tuberculeuses étaient sèches, comme crétacées, et contenaient peu de bacilles, de sorte que l'on a eu l'apparence d'une tuberculose guérissant par voie de cicatrisation.

Enfin, l'auteur donne l'histoire sommaire de cinquante et un cas de tuberculose traités par le baume du Pérou. Dans les cas de tuberculose locale on se servait de baume en solution éthérée, ou on avait recours à des injections sous-cutanées. Les résultats sont très satisfaisants et ont été même tout à fait étonnants dans quelques cas. Il n'y avait que quatre tuberculoses pulmonaires : les malades supportèrent bien les injections mais les effets en furent peu marqués.

Dans les affections fongueuses des articulations, l'auteur injecte dans le parenchyme 5 centigrammes à 1 gramme de l'émulsion à 2,5 p. 100 ; plus les fongosités se ratatinent, plus les injections deviennent douloureuses. Dans la plupart des cas, des articulations malades sont soutenues par des appareils plâtrés. L'état général s'améliore considérablement après peu de semaines.

Pour les injections intra-veineuses, Landerer prépare chaque fois une émulsion fraîche et la rend légèrement alcaline avec de la potasse. L'injection elle-même demande quelque attention. Elle est toujours suivie d'une sensation de lassitude et d'abattement, surtout le soir.

Les meilleurs résultats ont été obtenus avec les fongosités, surtout quand elles n'ont point encore suppuré. Les granulations tuberculeuses, dans ces cas, diminuent à vue d'œil. Si la suppuration est déjà survenue, Landerer conseille de faire le grattage ou une résection atypique et de tamponner ensuite avec de la gaze au baume du Pérou. En même temps, il ne faut pas négliger les autres moyens de traitement des affections fongueuses, bains de sel ou de mer, arsenic, bonne alimentation, si c'est nécessaire, des opérations et des pansements antiseptiques.

Landerer engage à ne pas essayer les injections intra-veineuses chez des sujets avec infiltration pulmonaire avancée ; l'infiltration provoquée en rétrécissant le champ respiratoire pourrait mettre en danger les jours du malade. — P. N.

---

## Sociétés savantes des départements

### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON.

*Janvier 1888.* — M. MARTIN préconise pour l'*anesthésie dentaire* l'association de l'anti-

pyrine à la cocaïne. L'insensibilité par l'injection de la solution entre la gencive et la dent est plus longue à se produire, mais elle dure plus longtemps et il n'y a aucun danger à redouter, car on peut diminuer la dose de cocaïne.

— M. M. POLLOSSON montre un *lipome* siégeant à la partie antéro-interne de l'avant-bras. La masse principale s'étalait sur l'aponévrose adhérente au muscle et au tendon du cubital antérieur, envoyant des cloisons dans le muscle et même le tendon; il croirait volontiers que la tumeur a pris naissance dans le muscle, bien que le fait soit très rare et qu'on ne connaisse que deux cas de lipomes musculaires.

M. BARD croit qu'il s'agit d'un lipome du tissu cellulaire. Il ne faut pas s'exagérer la bénignité de ces tumeurs, qui offrent des analogies avec le myxome et peuvent présenter des tendances envahissantes.

M. PONCET a vu un lipome de la langue paraissant développé dans le tissu cellulaire intermusculaire; le lipome, cliniquement, est une tumeur bénigne.

— M. ORCEL montre un malade de 35 ans atteint d'une *déformation considérable de l'avant-bras*. A la suite d'une brûlure grave, il s'est formé au niveau du coude une bride cicatricielle retenant l'avant-bras dans une flexion prononcée. L'humérus droit, grêle et atrophié, a 2 centimètres de moins que le gauche, le cubitus est luxé en dehors, le radius s'applique à la face externe de l'humérus, les muscles sont aussi très atrophiés. Le carpe est replié sur lui-même, la main étant dans l'extension forcée. Le malade ne peut se servir que de l'index et du pouce.

M. PONCET tient à attirer l'attention sur cet arrêt de développement des deux os de l'avant-bras, quoique le malade eût 23 ans au moment où l'accident est arrivé.

— M. FRANÇON présente des pièces d'*ectopie cardiaque* qui proviennent d'un enfant nouveau-né. Le cœur est rejeté à droite. Le foie, énorme, est contenu dans une bride, qui paraît être le diaphragme incomplètement développé; il pénètre dans la cavité thoracique, refoulant le poumon jusque au-dessous de la clavicule.

MM. LÉPINE et BARD font remarquer qu'il s'agit-là d'un refoulement.

— M. PALIARD montre le *poumon droit* d'un homme de 24 ans, sans antécédents héréditaires, qui avait eu, il y a six ans, une fièvre typhoïde très longue. Depuis quelques années, il toussait et souffrait de violents points de côté. A l'auscultation on trouva, à son entrée, de la matité au sommet droit, du souffle amphorique et des râles métalliques à ce niveau; partout il y avait des râles humides. L'autopsie a montré l'existence d'une énorme excavation, plus grosse que le poing, communiquant avec les bronches.

M. LÉPINE tient à insister sur le fait que l'on ne trouve pas de tubercules dans le poumon; c'est donc un cas chirurgical, et on eût pu opérer si le malade n'était pas arrivé mourant d'une broncho-pneumonie du côté opposé.

— M. BARBIER présente un malade, du service de M. Vinay, atteint de *paralysie du grand dentelé*. C'est un jeune homme qui s'étant livré, le 2 novembre, à l'exercice des poids (20 kil.) pendant un quart d'heure, sans fatigue ni douleur à la suite, commence, à la fin de décembre, à souffrir d'une douleur sur le trajet du nerf du grand dentelé. Actuellement le moignon de l'épaule est abaissé et aplati, l'abduction difficile, l'omoplate saillante. A l'électricité, la plupart des muscles de l'épaule paraissent sains, sauf la partie supérieure du trapèze et les digitations du grand dentelé qui répondent très mal à l'excitation. M. Vinay n'a pas trouvé la réaction de dégénérescence; il s'agit donc d'une paralysie périphérique, d'une paralysie du grand dentelé. L'étiologie en est très obscure.

M. PONCET fait remarquer qu'on voit souvent, en chirurgie, des malades pris, à la suite d'un effort, d'une impotence d'un membre ou d'un groupe musculaire. Il s'est produit une déchirure musculaire, ou tendineuse ou veineuse. Ces lésions disparaissent toutes seules.

— M. MAYET lit une note sur l'*application au diagnostic de l'examen chimique des séro-*

*sités pathologiques.* Un des problèmes de diagnostic, parfois assez difficiles à résoudre, est la distinction entre l'ascite et les kystes de l'ovaire. Certaines formes d'ascite, dans lesquelles les intestins, retenus par des adhérences, ne peuvent se déplacer et flotter, peuvent être difficiles à distinguer de tumeurs kystiques à poches multiples occupant toute la largeur de l'abdomen. La ponction exploratrice fournira un liquide qui, par son seul aspect, peut servir beaucoup au diagnostic. Si le liquide est très consistant, gommeux, de couleur chocolat, de consistance gélatineuse ou huileuse, il y aura beaucoup de chances pour qu'il ne provienne pas du péritoine. Mais, s'il est séreux, il sera impossible de se prononcer sans un examen plus approfondi, car les kystes, comme le péritoine, peuvent fournir un liquide semblable ; d'autre part, le péritoine peut parfois fournir un liquide épais, filant ou coloré en brun par la matière colorante du sang. Quels sont les caractères distinctifs que l'on peut invoquer? D'abord les grumeaux ou coagulums des liquides kystiques examinés au microscope auront très rarement l'aspect strié ou réticulé de la fibrine, qu'ils présentent dans certains épanchements péritonéaux. Puis, si l'on filtre exactement le liquide, la partie filtrée présentera souvent dans les liquides de séreuses des coagulations secondaires, qui, dans quelques cas, pourront se reproduire après plusieurs filtrations, et cela pendant deux à quatre jours, jusqu'au moment où la putréfaction commencera à s'emparer du liquide. M. Mayet a constaté ce fait, surtout dans les liquides de pleurésie aiguë, mais il peut se présenter dans les épanchements du péritoine, si cette séreuse a été enflammée, ce qui arrive souvent dans des ascites d'origine variée, mais surtout dans celles qui sont liées à la tuberculisation et aux dégénérescences.

Ce caractère n'est pas très commun dans l'ascite produite simplement par une obstruction de la veine porte, mais il peut s'observer même dans ce cas, pour peu que le péritoine soit enflammé, ce qui n'est pas très rare dans la cirrhose. Mais ce n'est pas sur ce caractère distinctif que l'auteur attire l'attention principalement ; c'est sur la réaction dite de l'hydropisine qui lui a permis de déterminer la nature d'un liquide ascitique de consistance demi-colloïde.

L'hydropisine, ainsi nommée par Gummel, est une substance albuminoïde qui n'es autre que celle que l'on a appelée depuis paraglobuline et que Denis a nommée fibrine soluble.

Elle accompagne le plus souvent la substance appelée fibrinogène et dont elle se différencie très peu par ses propriétés. Elle en diffère si peu qu'elle peut être séparée des liquides organiques qui la contiennent par les mêmes réactifs employés un peu autrement.

Si l'on sature un liquide contenant les deux substances par le chlorure de sodium en excès, elles se coagulent et se précipitent toutes les deux. Si on le sature de sulfate de magnésie, il en est de même. Si l'on fait passer un courant d'acide carbonique dans le liquide étendu d'eau glacée, la paraglobuline se précipite d'abord, on la sépare par le filtre et, si on continue à faire passer le gaz, le fibrinogène se présente à son tour. Si l'on neutralise simplement le liquide très étendu d'eau par l'acide acétique, la paraglobuline se précipite et le chlorure de sodium en excès, ajouté alors, précipite le fibrinogène ainsi que le fait l'acide carbonique. Enfin, le sulfate de magnésie employé en quantité modérée (un tiers de solution saturée) peut précipiter la paraglobuline et laisser le fibrinogène qu'on coagule par le chlorure de sodium en excès.

Ces réactions éclairent beaucoup sur la nature du liquide, car la présence de la paraglobuline en quantité notable exclut d'une manière à peu près sûre le kyste de l'ovaire et la présence du fibrinogène en l'absence de grumeaux fibrineux montre que l'on a affaire à un exsudat sub-inflammatoire, ce qui fournit une donnée importante. Mais, sans rechercher le fibrinogène séparément, la simple précipitation d'une masse albuminoïde par le sulfate de magnésie, ainsi que je le montre devant vous, prouve qu'il y a au moins une quantité notable des deux principes appelés par Schmidt précurseurs de la fibrine. Cela ne veut pas dire que ce procédé soit absolument infaillible dans tous les cas, car certains kystes peuvent présenter un liquide contenant un peu de paraglobuline, mais cette quantité est toujours faible.

On peut encore ajouter comme moyen de diagnostic la recherche de la mucine au

moyen de l'acide acétique à froid. Si elle existe en quantité notable, et à plus juste raison en abondance, on a beaucoup de probabilités pour avoir affaire à un kyste de l'ovaire, surtout si la paraglobuline est en quantité faible ou nulle.

M. Audry signale un cas de *fureur maniaque* chez un épileptique de 11 ans. — P. C.

# FORMULAIRE

Traitement de l'entérite cholériforme. — P. Laure.

Pendant la période prémonitoire, on a recours aux évacuations. Pendant le stade d'algidité, on réchauffe le malade avec des frictions sèches, des boissons chaudes et stimulantes, de l'éther et de l'alcool. On administre l'opium à l'intérieur, ou mieux encore on pratique des injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. — Des boissons gazeuses et toniques remédient aux vomissements; il en est de même du vin de Champagne additionné d'eau de Seltz, et de quelques gouttes roses de Magendie. — A la période de réaction correspondent de nouvelles indications. — N. G.

# NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le docteur Isidore Sojka, un des professeurs les plus distingués de la Faculté de médecine de Prague, s'est brûlé la cervelle dans un accès de mélancolie. Il n'avait que 38 ans. Il s'était occupé d'hygiène. Il avait rendu un grand service à la science en fondant un musée bactériologique à Prague. L'année dernière, il avait dû, à raison d'une grande surexcitation nerveuse, suspendre ses cours, qui attiraient toujours un nombreux auditoire. Un de ses frères mourut dans une maison de santé; à partir de ce jour, il fut tourmenté de l'idée que le même sort lui était réservé. Avant de se donner la mort, il a écrit à un autre de ses frères une lettre qui contient ces mots : « Là où cesse la pensée commence le rôle du revolver. » (*Temps.*)

# COURRIER

Concours d'agrégation (chirurgie et accouchements). — Les candidats subiront la première épreuve d'admissibilité dans l'ordre suivant :

*Chirurgie.* — MM. Marchand, Bazy, Broca, Charpentier, Castex, Nélaton, Pollosson, Coppens, Villard, Walters, Valhas, Genevez, Moutaz, Clado, Février, Courtin, Barette, Gangolphe, Rochet, Tuffier, Ricard, Picqué, Routier, Verchère, Phocas, Hartmann, Ménard, Rochard.

*Accouchements.* — MM. Tessier, Bonnaire, Rivière, Auvard, Chambreland, Turgard, Bureau, Boissard, Bar.

Le premier sujet donné aux trois premiers candidats (chirurgie) a été le suivant : « Fistule pyo-stercorale. »

Trois candidats passeront à chaque séance. Il n'y aura pas de séance le samedi.

Concours pour Saint-Lazare. — Le jury pour le concours de chirurgie, qui s'est ouvert hier, 11 mars, est ainsi composé : MM. Chéron, Horteloup, Humbert, Lannelongue, Pinard, Terrillon, Vidal.

Les candidats admis à concourir sont : MM. Baudier, Fournel, Grundelach, Jullien, Ozenne, Verchère, Wickham.

Le jury du concours de médecine, qui s'ouvrira le 12 mars, est ainsi composé : MM. Balzer, Budin, Fournier, Hallopeau, Lancereaux, Le Pileur, Quinquaud.

Les candidats admis à concourir sont : MM. Barthélemy, Brivois, Buret, Butte, Mlle Edwards, MM. Feulard, Gillet, Lannelongue, de Molènes-Mahon, Reuss.

LEGS DU PROFESSEUR L. PERROUD. — Par un testament olographe en date du 25 novembre 1888, M. le professeur L. Perroud a fait les legs suivants :

1° A l'*Association des médecins du Rhône*, la somme de cinq mille francs ;

2° A l'*Œuvre du Dispensaire général*, mille francs ;

3° A la *Société nationale de médecine de Lyon*, mille francs ;

4° A la *Société des Sciences médicales*, mille francs ;

5° A la *Faculté de médecine de Lyon*, mille francs, comme amorce à la création de ce patrimoine propre dont de récents décrets lui donnent la gestion ;

6° A la *Faculté de médecine* et à la *Faculté des Sciences de Lyon*, son herbier, que ces deux Facultés se partageront comme elles l'entendront, ou comme le déciderait au besoin le Conseil général des Facultés ;

7° Aux *Hospices civils de Lyon*, sa bibliothèque médico-chirurgicale pour être réunie à celle de l'internat et répartie entre les bibliothèques des différents hôpitaux, comme les internes le jugeront le plus convenable.

HOMMAGE A LA MÉMOIRE DE B. TEISSIER, DE LYON. — Les amis, les collègues et confrères, ainsi que les élèves du regretté professeur B. Teissier, ont résolu de perpétuer son souvenir exemplaire par un buste qui serait placé dans la salle du cours de Clinique médicale. Ils ont ouvert une souscription à cet effet. Et, pour que, à côté du monument matériel qui reproduira les traits du maître, un monument moral exprime ce qui fut l'un des principaux mobiles de sa carrière, ils ont décidé que, dans le cas où la souscription donnerait un excédent de fonds, cet excédent sera consacré à venir en aide aux élèves en médecine de Lyon, dont les ressources seraient insuffisantes pour compléter leurs études.

Les souscriptions sont reçues au bureau du *Lyon Médical*, 48, rue de la République, ou chez M. Ed. Aynard, banquier, 19, rue de la République.

*Première liste*

Les enfants de B. Teissier, 500 fr. ; MM. Sabran, 100 fr.; Lortet, 100fr.; Bondet, 100 fr. ; Caillemer, 100 fr. ; Ollier 100 fr. ; l'abbé Guinand, 20 fr. ; Diday, 100 fr. ; Lacour, 100 fr. ; Bouchacourt, 100 fr.; Ed. Aynard, 100 fr.; R. de Cazenove, 100 fr.; Augagneur, 40 fr.; Doyon, 109 fr.; Girin. 20 fr.; Em. Coutagne, 100 fr.; Marduel, 100 fr.; Pic, 5 fr.; Loison, 5 fr.; Louis Jullien, 40 fr.; Louis Margery, 100 fr.; Livet, 100 fr.; A. Poncet, 40 fr.; MM. les internes de l'Hôtel-Dieu : Loison, Pic, Cuilleret, Lacroix, Sigaud, Orcel, Rossigneux, Dolard, Adenot, Proby, Ollier, Moncorgé, Stourme, Bouchet, Ollier, Péchadre, 80 fr.

Total de la première liste : 2,250 fr.

**Postes médicaux.** — Un de nos confrères, âgé de 41 ans, ayant exercé avec succès en province et très honorablement connu par ses travaux sur diverses branches de la chirurgie, désire trouver à Paris, dans les environs de Paris ou dans la zone du Nord (Aisne, Pas-de-Calais, Somme) une clientèle sérieuse, un poste de directeur d'un établissement orthopédique, etc.

Il céderait volontiers le poste médical qu'il occupe actuellement à un jeune docteur, qu'il guiderait pendant le temps nécessaire à son installation.

S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Les jeudis de l'hôpital Saint-Louis.

Sommaire : *Acné dépilante. — Dermatoses par trouble dans l'évolution des matières grasses (Eczéma, pityriasis, acné, psoriasis, lichen séborrhéiques). — Verrues planes juvéniles de la face. — Glossite exfoliatrice marginée, eczéma marginé de la langue. — Périfolliculites suppurées agminées en plaques.*

M. Ern. Besnier a montré plusieurs exemples d'une alopécie particulière de la barbe, alopécie irrémédiable et qui succède à l'évolution d'une affection acnéique d'un genre particulier. M. Besnier l'appelle *acné dépilante*. La marche de cette maladie est la suivante : éruptions successives de petits boutons blancs ou jaunâtres apparaissant le long des branches du maxillaire, sur le menton et à la nuque; ces petits boutons sont des pustules acnéiques qui laissent après elles des cicatrices chéloïdiennes petites, mais indélébiles; partout où cette acné a passé, les poils sont tombés et ne repousseront plus. L'examen microscopique fait par M. Jacquet, interne de M. Besnier, a montré que ces poils étaient pourtant normaux; leur racine était bien atrophiée et tordue, mais leur pointe, normale, leur gaine, intacte. Outre l'alopécie définitive qu'elle détermine, cette affection acnéique se caractérise par sa persistance et sa résistance à tous les traitements. Les poussées éruptives continuent même quand tous les poils sont tombés. On n'a pas trouvé jusqu'ici de parasites pathogènes. L'épilation, des lotions mercurielles faibles, alternant avec des pulvérisations émollientes et des cataplasmes, sont encore les moyens les moins mauvais à opposer à l'acné dépilante.

— M. Hallopeau poursuit, depuis assez longtemps, des études sur les dermatoses que peut provoquer l'élimination des matières grasses par les glandes sébacées et sudoripares; à plusieurs des jeudis de cette année, il a montré des malades atteints de dermatoses de cet ordre; citons particulièrement les quatre malades suivants chez lesquels les phénomènes morbides peuvent recevoir cette interprétation.

Le premier malade présente, disséminées sur toute la surface du corps, mais plus nombreuses au devant de la poitrine et entre les épaules, des plaques squameuses disposées en cercles ou en fragments de cercle; plusieurs de celles qui sont au devant du stroma offrent les caractères de l'eczéma marginé, la plupart sont plutôt psoriasiformes. Les squames sont jaunes et grasses au toucher; celles du cuir chevelu sont remarquables par leur épaisseur et leur confluence; au front, on constate, immédiatement au-dessous du cuir chevelu, de petites surfaces ocrées dont la périphérie desquame. C'est là une forme psoriasique de la dermatose séborrhéique.

Ces formes psoriasiques sont, le plus souvent, confondues avec le psoriasis vulgaire. Unna admet que cette erreur est journellement commise dans tous les pays, et quand, l'été dernier, il a parcouru les salles de Saint-Louis, il a fait rentrer dans son eczéma séborrhéique des faits que tous les autres dermatologues auraient rattachés sans hésitation au psoriasis vulgaire; ces cas s'en distingueraient par la marche descendante de l'éruption, la coloration jaunêtre et la friabilité des squames et l'aplatissement des disques à leur centre ou sur un de leurs côtés.

Ces caractères existaient chez un autre malade de M. Hallopeau; il s'agit d'un psoriasis qui, après avoir débuté autrefois par le cuir chevelu, a dégénéré en herpétide exfoliatrice. Une particularité intéressante est la présence, sur le dos des phalanges, de plaques au milieu desquelles on distingue des orifices pilo-sébacés notablement dilatés; il y a en même temps du psoriasis palmaire. M. Hallopeau observe en ce moment même ces deux localisations chez plusieurs malades qui représentent le type d'Unna. Il y a bien là une forme spéciale de psoriasis, que ses localisations, sa marche et ses caractères permettent de rattacher, avec vraisemblance, à un trouble dans l'élimination des matières grasses. Faut-il, avec Unna, en faire un eczéma? Il n'y a là ni prurit, ni suintement, et les caractères des squames montrent qu'il ne s'agit pas d'une simple inflammation catarrhale; tous les caractères objectifs sont ceux du psoriasis; il faut donc, sous peine de confusion, lui maintenir cette dénomination, tout en se rendant bien compte qu'elle ne doit pas être considérée comme s'appliquant à une maladie dans le sens rigoureux de ce mot. Le psoriasis, comme le lichen, comme le pemphigus, comme l'eczéma, n'est qu'une affection répondant à un même processus, mais pouvant se développer sous l'influence de causes très différentes, et être, par conséquent, de nature diverse.

Pour spécifier une maladie, il faut ajouter au nom de psoriasis une étiquette indiquant quelle en est la nature; tels sont le psoriasis vulgaire (encore inconnu dans sa cause prochaine) et le psoriasis syphilitique; tel paraît être aussi le *psoriasis séborrhéique*.

Le troisième malade est atteint d'un eczéma pilaire généralisé, avec prédominance des lésions au cuir chevelu et au front; les vésicules très nombreuses des membres sont, pour la plupart, isolées et chacune d'elles a un poil dans sa partie centrale.

Le quatrième malade porte à la nuque une plaque de *lichen chronique circonscrit*; elle se continue, dans le cuir chevelu, avec une surface rouge et squameuse dont les caractères rappellent ceux de l'eczéma séborrhéique. La plupart des papules, sinon toutes, et la plaque lichenoïde présentent un poil vrai ou follet dans leur centre. M. Hallopeau est enclin à penser que là encore il s'agit d'une affection de nature séborrhéique.

S'il en est ainsi, il faut admettre que des *affections de formes diverses peuvent se développer sous l'influence d'un trouble dans l'excrétion des matières grasses, modifiées dans leur quantité et leurs qualités;* à côté de l'*eczéma*, du *pityriasis* et de l'*acné séborrhéiques,* il existerait un *psoriasis* et un *lichen* de même nature. Ces différences dans la manifestation symptomatique s'expliqueraient par la différence de réaction des sujets.

— La *verrue plane juvénile de la face,* dont M. Tennesson a montré un exemple, fait une très légère saillie; elle est de la couleur normale de la peau, comme le lichen plan. Elle se montre aussi sur les mains. Les sujets qui en sont atteints en ignorent l'origine. Pendant quelques années, ils n'en

ont eu qu'un petit nombre; puis, tout d'un coup, ils les voient se multiplier avec abondance, s'étendre à la façon des dermatoses venues du dehors. A la loupe, ces productions offrent une apparence légèrement verruqueuse et ne diffèrent guère des verrues ordinaires planes et séniles. La thérapeutique consiste en frictions avec du savon mou de potasse additionné de 4 à 8 p. 100 d'acide salicylique, faites plusieurs soirs; on interrompt, puis on recommence une nouvelle série. Après deux ou trois séries de frictions, le plus grand nombre des verrues ont disparu; on peut attaquer individuellement les plus tenaces avec le nitrate d'argent, l'acide acétique cristallisable.

— On voit de temps en temps des malades qui ont une affection de la langue débutant par des picotements pendant l'alimentation, caractérisée ensuite par la production d'enduits blanchâtres qui s'en vont par lambeaux et laissent ainsi à nu des places irrégulièrement arrondies, circonscrites par une bordure linéaire jusqu'à ce que l'épithélium lingual se soit reconstitué au niveau de ces places dénudées. Cette affection n'est douloureuse qu'au moment du contact des aliments; elle est bénigne, mais récidive facilement; c'est la *glossite exfoliatrice marginée*, parfaitement étudiée il y a quelques années dans la thèse de M. Lemonnier, écrite sous les auspices de M. Fournier. On la décrit encore sous le nom d'*eczéma marginé*, *circiné* ou *acnéique* de la langue; on la voit coïncider souvent avec l'eczéma séborrhéique, circiné, de la région sternale et du tronc, avec la séborrhée du cuir chevelu (Besnier); on observe quelquefois un état fendillé des lèvres à peu près analogue. La thérapeutique doit consister d'abord à rectifier l'état général au moyen d'une médication appropriée; localement on prescrira des bains de bouche très fréquents avec une solution tiède d'acide borique et de bicarbonate de soude à 1 ou 2 p. 1,000. — M. Hallopeau insiste sur le caractère rebelle de ces eczémas de la langue; les malades qui en sont porteurs ont souvent le caractère hypochondriaque. Peut être y a-t-il quelque relation entre ces eczémas tenaces et l'épithélioma buccal chez les vieillards. — M Besnier ne croit pas à cette relation.

— M. Quinquaud a présenté un malade atteint d'une affection qu'il désigne sous le nom de périfolliculite suppurée agminée en plaques, et dont son dernier interne, M. Joannes Pallier, a fait le sujet de sa thèse inaugurale.

Les périfolliculites suppurées agminées en plaques des parties glabres de la peau, dit M. Pallier, constituent maintenant une entité morbide bien définie qui doit prendre place dans le cadre nosologique des maladies cutanées. Dans la classification, sa place est marquée auprès du sycosis non parasitaire, avec lequel elle a des rapports anatomiques très étroits. Au point de vue microbien, on la rangera entre le furoncle et le clou de Biskra.

Un seul placard plus ou moins étendu est la manifestation ordinaire de cette lésion; il en existe quelquefois deux, rarement trois; la multiplicité des plaques est exceptionnelle. L'affection est rigoureusement cantonnée dans la partie du derme atteinte par l'inflammation; la peau est libre sur les parties profondes; pas de retentissement de voisinage dans les lymphatiques et les ganglions; pas de douleurs vives, un peu de gêne, quelques démangeaisons ou élancements pendant la nuit. Elle siège surtout sur les parties découvertes, et particulièrement sur le dos des mains et sur les avant-bras, jamais à la paume des mains ni à la plante des pieds. Elle évolue indépendante de l'état général du sujet, de son âge ou de son sexe.

A la période d'état, le placard caractéristique est bien circonscrit, nettement délimité, à bords curvilignes arrondis et non géographiques; intégrité de la peau tout autour; surface mamelonnée, anfractueuse, boursouflée, inégale, irrégulière, souvent recouverte de croûtes ou de pus.

D'un point initial gros comme une lentille ou un petit pois, l'inflammation s'étend excentriquement et progressivement, ou avance par poussées successives circonférencielles.

Sur la surface enflammée, orifices multiples qui donnent à la lésion l'aspect d'une véritable écumoire; dans l'intervalle, petits amas jaunâtres sous-épidermiques, correspondant aux glandes folliculo-sébacées dilatées. Par la pression, on fait sourdre des gouttelettes de pus par les orifices béants et des boudins vermicelliformes par les glandes rompues. Aspect d'une pomme d'arrosoir, qui est pathognomonique.

Cinq variétés cliniques : 1° forme *commune* de Leloir, qui atteint sa période d'état en dix ou douze jours, suppure franchement et évolue en six semaines; — 2° forme *phlegmoneuse* ou *anthracoïde*, complication surajoutée et passagère de la précédente, constituant un retard dans la régression; — 3° forme *papillomateuse*, d'une durée beaucoup plus longue, avec exubérance et anfractuosité plus grandes de la surface; — 4° forme *pseudo-ulcéreuse*, plus tenace, récidivante, suppurant plus longtemps et sans tendance à la guérison; — 5° forme *serpigineuse* et *virulente*, qui peut apparaître d'emblée ou être une transformation des premières; caractérisée par des poussées successives, sans ordre et sans méthode, sur les limites du placard; durée indéterminée de plusieurs mois.

Au point de vue anatomo-pathologique, c'est une inflammation avec suppuration des glandes folliculo-sébacées, avec infiltration du derme par des cellules embryonnaires, et hyperkératinisation de l'épiderme.

L'examen bactériologique fait par MM. Quinquaud et Pallier a montré dans le pus et dans les tissus envahis, de nombreux monocoques et diplocoques en grains inégaux, disséminés entre les cellules et dans leur intérieur, avec quelques éléments en chaînettes : microbes pathogènes ou indifférents de la suppuration. Les cultures et les inoculations n'ont pas permis de voir d'autres bactéries. Le staphylococcus pyogenes albus de Rosenbach a paru être toujours présent en quantité considérable dans les préparations. C'est donc une lésion d'origine microbienne, dans laquelle la bactérie pathogène, à l'état latent sur la peau, pénètre par effraction dans les glandes et trouve dans les tissus prédisposés un milieu de culture très favorable.

Cette prédispositioon des tissus cutanés est due en grande partie à l'exposition à l'air vicié par les poussières, au contact persistant de liquides malpropres ou irritants, à la stagnation momentanée ou continuelle de tous ces détritus à la surface de la peau, aux traumatismes et aux inflammations ordinaires des parties exposées. La lésion n'est pas contagieuse d'individu à individu, ni sur le même sujet, quand la partie de la peau inoculée n'est pas dans des conditions favorables de réceptivité.

L'affection se rencontre le plus ordinairement chez les ouvriers touchant des matériaux malpropres; chez les sujets peu soigneux, en contact continuel ou passager avec des liquides contaminés; chez ceux qui soignent habituellement des animaux ou chez les cultivateurs, qui dans leurs occupations diverses sont exposés plus que les autres à la contamination.

Le diagnostic est à faire principalement avec la trichophytie, l'acné

agminée, l'anthrax, le clou de Biskra, l'épithélioma, le tubercule anatomique, l'eczéma, le lupus et la syphilis à ses différentes périodes.

Dans le pronostic, très réservé au point de vue de la durée et du degré de ténacité de l'affection, il faut tenir compte de la négligence du sujet et de son désir d'être soigné, car ici il faut tout attendre d'une médication bien conduite.

On devra se proposer, dans la thérapeutique, de rendre à la surface cutanée sa résistance par le repos, et d'atteindre le micro-organisme pathogène dans les culs-de-sac glandulaires par des moyens appropriés. Dans les cas ordinaires sans grande virulence, qui suppurent franchement et restent presque stationnaires, des bains prolongés pour dégorger les tissus, un pansement antiseptique par occlusion avec compression ouatée suffisent pour amener la guérison en quelques semaines. Dans les cas graves par la durée, l'extension et la récidive, on pourra adjoindre aux premiers moyens des cautérisations énergiques au thermocautère ou au nitrate d'argent, des applications de solutions antiseptiques assez fortes d'acide phénique ou de sublimé. Si on ne réussit pas ou si le cas est particulièrement virulent, on fait un grattage très énergique à la curette jusque dans la profondeur du derme, on cautérise et on fait un pansement occlusif qu'on surveille très assidûment.

M. Besnier pense que quelques cas décrits comme des périfolliculites agminées sont des tuberculoses locales (tuberculose verruqueuse de Riehl) ayant beaucoup d'analogies avec le tubercule anatomique. Il ne suffit pas qu'on n'y ait pas trouvé de bacilles de Koch au microscope pour nier leur nature bacillaire ; l'inoculation faite aux animaux dans la chambre antérieure de l'œil ou la cavité péritonéale ne doit pas être omise. — P. L. G.

---

## REVUE DES JOURNAUX

### JOURNAUX ITALIENS

**Recherches comparatives sur l'action de quelques poisons des glandes salivaires**, par le docteur Luigi Tarulli. — De nombreuses expériences sur des chiens ont été faites par l'auteur dans le laboratoire de physiologie de l'Université de Pérouse, dirigé par M. le professeur Marcacci, afin de préparer les matériaux nécessaires à une étude histologique « sur les changements anatomiques subis par l'épithélium glandulaire après l'action prolongée des principaux sialagogues ».

Cette étude a permis au docteur Tarulli de former trois groupes de ces substances.

1er groupe. — Substances qui provoquent la sécrétion salivaire, même lorsque la glande est privée de son innervation extrinsèque : pilocarpine, muscarine, neurine. La salive est trouble (salive sympathique).

2e groupe. — Substances qui ne provoquent pas de sécrétion salivaire, la glande étant privée de son excitant nerveux extrinsèque : ésérine, curare, mercure. La salive est limpide (salive de la corde du tympan).

3e groupe. — Substances qui agissent probablement par une influence cérébrale encore mal connue : morphine.

L'état de jeûne de l'animal influe d'une façon notable sur l'action de quelques sialagogues. Les substances faibles ne provoquent aucune sécrétion.

L'action de l'atropine arrête toujours immédiatement celle des sialagogues.

La neurine n'agit pas par excitation des nerfs sécréteurs (corde du tympan), mais porte son action sur le système ganglionnaire de la glande, de même la pilocarpine et la muscarine.

Quant au mercure, il peut provoquer la salivation sans qu'il soit nécessaire qu'il y ait des ulcérations buccales ; la cause de la salivation mercurielle est donc l'excitation des nerfs mêmes des glandules salivaires. (*La Medicina contemporanea*, n° 21.)

**Sur une localisation du diplococcus de Frænckel,** par le docteur Belfanti, assistant. (*Clinique médicale de Turin* dirigée par M. le professeur Bozzolo.) — On connaît le pouvoir étendu du diplococcus de la pneumonie qui peut donner indifféremment naissance à la méningite et à l'inflammation des diverses séreuses. Il n'est pas très rare de voir survenir une pneumonie dans la période de déclin d'un rhumatisme articulaire, ni de constater le développement de complications du côté des articulations pendant l'évolution de l'inflammation pulmonaire; cependant l'enchaînement de ces faits ne se rencontre pas souvent, ce qui donne un certain intérêt à cette constatation.

La découverte du micro-organisme de la pneumonie et sa propriété d'attaquer facilement les séreuses laissait raisonnablement à penser que beaucoup d'inflammations articulaires aiguës pouvaient être produites par le diplococcus de Frænckel. M. le professeur Bozzolo, en 1882, émettait déjà l'opinion que les arthrites purulentes, qui accompagnent la pneumonie, devaient reconnaître pour causes le même agent infectieux; cette opinion fut encore émise, et d'une façon plus accentuée, par MM. les professeurs Foa et Bordoni Uffreduzzi. De cette présomption à la constatation sous le champ du microscope il y avait assez loin, et l'on n'avait pas encore jusqu'ici, à la *Clinique de Turin* du moins, constaté le corps du délit.

L'observation qui va suivre est la première qui ait donné le résultat attendu; jusqu'alors on ne connaissait que les travaux suivants : Picchini (*Ateneo medico parmense*, an. 1° fasc. IV, 1887) décrit un cas d'arthrite et de périarthrite suppurée de l'articulation de l'épaule droite, suite d'une pneumonie à droite. L'examen du sang, fait avant l'éclosion de l'inflammation articulaire, permet de constater la présence des staphylocoques pyogenes aureus et albus.

Massalongo retrouve au contraire le diplococcus de Fraënckel dans le sang et dans le pus d'une femme affectée de rhumastime articulaire aigu, atteinte d'une pneumonie double des lobes inférieurs. (*Eziologia e patogenesi delle broncopneumoniti acute.* — *Gaz. ospedali*, n° 86, 1887).

C'est à Weichselbaum (*Wiener. klin. Woch.*, n° 32, 1888) que revient la bonne fortune d'avoir trouvé cet agent d'infection dans le pus articulaire d'une arthrite de l'épaule droite consécutive à l'inflammation de la plèvre du même côté.

Guarneri, dans son *Eziologia della pulmonite*, a trouvé, à l'autopsie d'une femme morte d'endocardite et de fièvre intermittente avec poussées nombreuses de rhumatisme articulaire, le diplococcus de Frænckel dans les végétations adhérentes à la valvule mitrale.

Voici maintenant le résumé de l'observation de M. le docteur Belfanti :

A la suite d'un froid aigu, R. S... fumiste, âgé de 26 ans, est pris de pneumonie à droite compliquée d'endocardite.

Le lendemain dans la nuit, attaque de rhumatisme au premier métacarpien gauche, deux jours après, constatation d'une fluctuation de l'article qui donne issue à un pus dense et crémeux.

Huit jours environ après, la guérison de la pneumonie est obtenue, mais le souffle cardiaque persiste.

On prépare quelques plaques avec le pus extrait de l'incision métacarpienne et conservé dans de l'agar-agar, et on en fait des cultures dans du bouillon et dans du sérum. On y reconnaît bientôt la forme du diplococcus lancéolé ou bacille de Frænckel. Une souris inoculée avec ce bouillon meurt 18 heures après ; son sang est rempli de diplococci lancéolés. Un lapin a le même sort et on fait sur lui les mêmes constatations. La culture obtenue dans le sérum ne produit aucun résultat. Ces faits viennent donc une fois de plus démontrer la possibilité du transport à distance de l'élément infectieux de la pneumonie et de l'endocardite, au même titre que l'on constate les arthrites et périarthrites qui se manifestent dans le cours des pyohémies graves par des embolies infectantes. (*Gazzetta degli ospedali*, n° 16).

**Sur la maladie de Tomaselli ou fièvre ictéro-hématurique de quinine,** par

M. le docteur MOSCATO (in : *Gazetta degli ospedali*, nos 13, 14 et 15. Février). — Déjà en 1874 le savant professeur de Catane publiait un important travail, résultat de 17 années d'observations « sur l'intoxication quinique et l'infection palustre, contribution à l'existence de la fièvre par la quinine. »

Cet auteur démontrait qu'il existe un syndrome morbide nouveau survenant chez certains individus affectés d'impaludisme à la suite de l'administration de la quinine et mettant le médecin dans l'obligation de cesser l'usage de ce médicament, sous peine de compromettre la vie du malade. L'étiologie de cette fièvre bizarre et le tableau des phénomènes qui l'accompagnent sont assez nets pour qu'il n'y ait aucune confusion possible avec d'autres processus morbides pouvant lui ressembler. C'est une autre maladie qui se déclare et s'ajoute à la première, en offrant des symptômes bien tranchés qui ne permettent pas l'erreur de diagnostic. La quinine qui produit chez un malarique une fièvre spéciale, agit ainsi par une propriété particulière qui n'est pas une irritation; elle mais est pyrogène au même titre que l'élément malarique, qui dans ce cas favorise et développe l'empoisonnement par la quinine. La statistique de Tomaselli sur l'empoisonnement quinique sur 28 sujets atteints de fièvre de marais, a donné 10 décès, soit 35 p. 100.

M. le docteur Moscato a observé cinq cas d'empoisonnement par la quinine, sur lesquels quatre concernaient des sujets infectés par le miasme palustre; l'un des quatre avait déjà présenté, dans le courant d'un accès antérieur, les phénomènes de la fièvre quinique, s'exagérant avec l'absorption du médicament et disparaissant dès qu'on cessait son emploi. Le cinquième sujet, une fillette atteinte de fièvre typhoïde intermittente de longue durée, a permis à l'auteur d'observer plus qu'une intoxication quinique, mais une véritable intolérance constituant la première période de l'empoisonnement.

Ces malades présentèrent tous des accès de fièvre spéciaux bien différents de ceux qui sont causés par le miasme paludéen aussitôt après avoir pris du sulfate de quinine aux doses habituelles. L'urine devenait alors de couleur noire semblable à du vin bouilli; elle était émise avec peine; la face prenait un aspect cadavérique; il y avait des frissons, des sueurs froides et un arrêt de la respiration très alarmant. Avec la diminution de la fièvre cessaient tous ces symptômes et aussi l'hématurie. On n'a pas fait malheureusement, durant l'accès de l'intoxication quinique, l'examen du sang pour y constater le *psalmodium malariæ* dans les globules rouges du sang et étudier ses altérations; mais on a observé cliniquement que la présence de la quinine seule était capable de produire tous ces troubles et devait seule en être incriminée. Dans ces conditions, il fallut renoncer à ce sel bienfaisant et la fièvre tombait pour ne plus reparaître qu'à des intervalles réguliers comme dans les accès palustres ordinaires. On a pu ainsi faire reparaître et disparaître à volonté les accidents primitifs en employant de nouveau ou en supprimant les préparations quiniques.

Il ne faut pas confondre l'intoxication quinique avec la fièvre ictéro-hématurique des pays chauds, parce que le critérium thérapeutique, le *curatio morborum naturam ostendit* d'Hippocrate montre une différence tranchée entre ces deux formes morbides distinctes. La fièvre ictéro-hématurique et les accidents qui l'accompagnent s'observent assez fréquemment dans la zone équatoriale; elle survient d'emblée avec tous les symptômes qui la caractérisent, tandis que la maladie de Tomaselli est toujours produite par la quinine et cesse avec l'abstention de ce sel pour reparaître invariablement dès qu'on en reprend l'usage. Ce syndrome a donc une importance réelle dont on doit savoir tenir compte.

MILLOT-CARPENTIER.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 mars 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Une observation de lèpre améliorée par l'huile de chaulmoogra, par M. le docteur Marty (de Saint-Cernin);

2° Une lettre de M. le docteur Laënnec (de Nantes), qui se porte candidat au titre de correspondant national;

3° Un pli cacheté sur l'emploi topique de l'acide borique comme moyen de prévenir ou de rendre moins apparentes les cicatrices de la face dans la variole, par M. le docteur Bertrand, médecin principal de la marine (accepté);

4° Un pli cacheté relatif à un nouveau modèle de sonde, par M. le docteur Dutard (de Châtillon-sur-Loire);

5° Une statistique des vaccinations et revaccinations pratiquées pendant l'année 1888 dans le canton de Chevagnes, par M. le docteur Tourneux (de Thiel);

6° Une statistique des revaccinations pratiquées à l'asile public d'aliénés d'Armentières avec du vaccin animal envoyé par l'Académie, par M. le docteur Dubiau (d'Armentières);

7° Un mémoire sur les revaccinations dans les écoles du XVIIe arrondissement, par M. le docteur Blayac (de Paris);

8° Une note sur l'onyxis ou mal des confiseurs, par M. le docteur A. Poncet (de Lyon);

9° Une lettre proposant la vaccination des chiens avec le virus d'une maladie qui atteint les chiens du Pérou et semble les préserver de la rage, par M. Alliot (de Neung-sur-Beuvron);

10° Un travail intitulé : « Rétrécissement fibreux de l'œsophage traité par l'électrolyse linéaire », par M. le docteur Fort (de Paris).

— M. Verneuil étudie les origines, la provenance et la pathologie du tétanos humain ou mieux comment l'homme est envahi par le microbe tétanigène dont il admet l'existence. Le cheval et la terre sont dépositaires du microbe et le transmettent à l'homme.

C'est M. Larger qui, en 1885, après M. Nicolaier, admit l'origine tellurique, et de son observation M. Verneuil conclut que la terre avait été infectée par des chevaux tétaniques. Il s'étonne de l'étonnement des sceptiques puisqu'un grand nombre de maladies peuvent atteindre à la fois l'homme et les animaux et que, de plus, le tétanos peut frapper un grand nombre d'espèces animales (âne, mulet, bovidés, capridés, etc.). Il est permis de croire, et l'orateur cite des documents à l'appui que le bœuf, le mouton tétaniques peuvent infecter l'homme.

La contagion indirecte ou médiate est très possible et il suffit pour cela que le microbe spécifique puisse être déposé sur un objet quelconque et y vive un temps plus ou moins long. La filiation se trouve le plus souvent, quand on se donne la peine de la chercher. On peut incriminer : le cheval sain qui peut être tétanifère sans être tétanisé; tous les objets qui ont été en rapport avec le cheval tétanique ou tétanifère; le fumier pur ou mélangé à la terre; les instruments servant à la culture de la terre fumée; les produits végétaux de la terre fumée, paille, foin; les bestiaux vivant en contact avec les chevaux et la terre cultivée; enfin, l'homme lui-même pouvant, comme le cheval, être tétanifère sans être tétanisé.

M. Verneuil admet la vraisemblance de la contagion immédiate ou médiate : quand l'homme se trouve en contact direct avec un cheval tétanique; quand il est mordu ou blessé par un cheval, même sain en apparence; quand, étant blessé d'une façon quelconque et par un agent vulnérant quelconque, il est mis en contact plus ou moins prolongé avec le cheval ou un objet qui lui a servi; quand il est blessé par un objet ayant servi à un cheval; quand la blessure, quelle qu'en soit la cause, est souillée par les excréments du cheval, ou le sol imprégné de ces excréments, ou la terre cultivée, c'est-à-dire fumée; quand il exerce une profession qui le met sans cesse en rapport avec les chevaux, ou leurs déjections, ou la terre cultivée; quand, sans avoir eu personnellement de rapport direct ou indirect avec le cheval, il contracte le tétanos par contagion interhumaine, à la condition que l'homme qui l'a infecté appartienne à l'une des catégories précédentes.

M. Verneuil donne des preuves de chacune de ces propositions.

(Cette communication sera continuée à la prochaine séance.)

M. Roussy expose le résultat de ses recherches sur la pathogénie de la fièvre :

J'ai vu survenir une fièvre intense chez des hommes soit après un surmenage aigu,

soit très peu de temps après l'ingestion de bière altérée, de viande faisandée, d'eaux stagnantes tenant en macération des feuilles mortes diverses, etc. La brusque apparition de cette fièvre et sa disparition plus ou moins rapide, m'ont porté à faire l'hypothèse qu'elle était causée par la présence dans l'organisme de substances solubles plutôt que par celle de micro-organismes.

Dans le but de vérifier la valeur de cette hypothèse j'ai entrepris des recherches expérimentales sur des lapins et des chiens, avec des matières analogues à celles qui me paraissaient avoir produit la fièvre que j'avais observée chez l'homme.

Ces recherches me conduisent à formuler les conclusions suivantes en leur imprimant, selon les cas, le caractère réservé qu'elles comportent encore :

1° Les injections sous-cutanées et intra-veineuses de bière altérée, de macération de foin, de viande faisandée, etc., déterminent toujours de la fièvre chez le lapin et chez le chien ;

2° Cette fièvre se produit très rapidement après l'injection et atteint en très peu de temps 42°. Dans ces cas, l'injection produit une maladie infectieuse qui est généralement suivie de mort.

La rapidité et l'intensité qui caractérisent cette fièvre portent à penser qu'elle doit être attribuée à des substances chimiques solubles ;

3° Les injections intra-stomacales ne déterminent que peu de fièvre chez le lapin et restent sans effet chez le chien.

Ces faits portent à penser que les substances chimiques solubles sont modifiées ou détruites dans l'intestin ou dans les organes qu'elles doivent traverser pour pénétrer jusque dans le milieu intérieur.

4° La fièvre qui se produit chez le lapin, même dans les cas d'ingestion intra-stomacale, semble confirmer qu'elle est plutôt due à l'absorption de substances chimiques solubles qu'à l'introduction dans le sang de micro-organismes.

Ces substances chimiques peuvent être rencontrées dans les matières animales détruites par la fermentation microbienne. Elles sont susceptibles d'être extraites par l'éther, le chloroforme et l'alcool.

La substance extraite par l'éther possède les propriétés frigorigènes les plus énergiques. Elle paraît avoir une tendance à cristalliser. Elle se comporte comme une base en présence des réactifs généraux des alcaloïdes. Pour ces différentes raisons, il semble juste de la distinguer sous le nom spécial de frigorigénine ou d'*algogénine*.

On ne rencontre pas ces substances dans toutes les matières animales en fermentation.

En expérimentant les liquides putrides cités plus haut, j'avais été particulièrement frappé, dans plusieurs expériences, par la puissance pyrétogène de la bière altérée. Examinant de plus près la composition de ce liquide, j'y découvris une très grande quantité de cellules de levure. En me servant de la bière altérée, je n'avais, en somme, expérimenté qu'une macération de cellules de levure. Je fus ainsi conduit tout naturellement à attribuer les propriétés pyrétogènes du liquide aux cellules de levure.

L'eau qui a servi à laver les cellules parfaitement vivantes de levure de bière possède des propriétés pyrétogènes énergiques.

Ces propriétés ne peuvent être attribuées aux microbes, mais aux substances chimiques en dissolution qui sont presque retenues dans les pores du filtre minéral pur.

Ces substances peuvent être extraites par l'alcool, séparées et purifiées, et j'en ai isolé quatre, dont trois bien cristallisées, dont deux ont semblé être, l'une de l'acide succinique ou du phosphate acide de soude et l'autre de la tyrosine.

Les substances cristallisées, expérimentées séparément, ne déterminent, même à dose relativement forte, chez le chien, qu'une élévation thermique faible (environ 1 degré), et de courte durée.

Cette propriété de faire monter ainsi la température animale sans produire le véritable tableau de la fièvre paraît appartenir à un assez grand nombre de substances.

Aussi, convient-il, pour ces raisons, de les ranger sous la dénomination de *Substances calorigènes* ou *thermogènes*.

La plus active des substances élaborées par les cellules de levure est représentée par

une substance composée de granulations homogènes. Son énergie pyrétogène est surprenante. Quelques dixièmes de milligr. par kilogr. d'animal suffisent pour déterminer rapidement, chez le chien, l'accès de fièvre le plus intense et le plus typique.

En raison de ses propriétés physiologiques si puissantes et en raison aussi de ses propriétés chimiques, résumées plus bas, je crois que l'on ne saurait mieux désigner cette substance que sous le nom expressif de *pyrétogénine*.

La pyrétogénine est une substance blanche, granuleuse, homogène, faiblement volatile, répandant une odeur de levure.

Elle est très hygroscopique et se conserve difficilement.

Elle est très soluble dans l'eau, insoluble dans l'alcool, la benzine, le chloroforme, etc.; l'éther semble en dissoudre une petite quantité.

La pyrétogénine semble perdre de sa force pyrétogène pendant les opérations que nécessite son extraction et sa purification.

La pyrétogénine se comporte comme une base très spéciale, et forme avec les acides des précipités plus ou moins nets dont le plus franchement cristallin est le phosphomolybdate.

Elle est exclusivement organique et azotée et possède à un haut degré le pouvoir de dédoubler le sucre candi en glucose et lévulose, c'est-à-dire qu'elle est aussi une diastase qui, comme ses pareilles, dédoublerait les matières organiques grâce à sa basicité.

Ce fait me semble susceptible d'une grande généralisation. Toutes les cellules, en effet, tous les micro-organismes, en un mot, toutes les *unités biologiques* élaborent des diastases ou ferments solubles dont elles se servent pour attaquer et transformer la matière, soit en dehors d'elles, soit au sein de leur propre substance.

Ces ferments soluble ont souvent une *énergie chimique* surprenante, qui liquéfie les corps les plus résistants, en apparence inattaquables, ainsi que cela s'observe pour certains noyaux de fruits.

Soit pour se nourrir et se multiplier, soit pour attaquer ou se défendre en présence d'un ennemi parasite, soit pour le détruire comme dans le phagocytisme, la cellule se sert de sa diastase. C'est là sa principale arme de vie et de combat. La diastase, je devrais dire les diastases, est enfin évidemment à la cellule ce que les sucs digestifs sécrétés par les organes du tube digestif, et qui agissent surtout par les diastases qu'ils contiennent, sont aux organismes des animaux les plus compliqués.

L'étude des diastases ou ferments solubles est donc d'une importance absolument capitale pour la médecine. Et il y a là un vaste champ de recherches encore presque vierge, sur lequel on ne saurait appeler trop de travailleurs.

Après quelques observations de M. Gautier, l'Académie renvoie le travail de M. Roussy à une commission formée de MM. Schutzenberger, Gautier et Hayem.

— M. Pinard communique deux observations de grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. La laparotomie fut pratiquée avec succès deux mois environ après la mort du fœtus.

— M. Dujardin-Beaumetz présente, au nom de M. Fort, un malade atteint de rétrécissement de l'œsophage qu'il a opéré avec le docteur Brochin, par son procédé d'électrolyse uréthrale.

Le rétrécissement, qui avait 5 millimètres de diamètre, est actuellement de 14. Le malade, mourant d'inanition, pouvait à peine prendre quelques gouttes de bouillon; depuis qu'il a subi l'opération, il mange toutes sortes d'aliments. Arrivé à Paris le 16 février, il pesait 114 livres; il pèse aujourd'hui 123. C'est la première fois qu'on applique l'électrolyse linéaire aux rétrécissements de l'œsophage. Le succès a été complet.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 7 mars 1889. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sommaire : *Sclérose diffuse péri-épendymaire et syringo-myélie. — Contagion dans les hôpitaux d'enfants. — Guérison d'un cas de goitre exophthalmique. — Pathogénie de l'hémo-*

*globinurie paroxystique.* — *Cas de rage suivi de mort malgré les inoculations pastoriennes.*

M. Hallopeau rappelle qu'il a décrit il y a vingt ans, sous le nom de « sclérose diffuse péri-épendymaire », une maladie de la moelle qui lui paraît se rattacher au type que MM. Debove et Déjérine désignent sous le nom de syringo-myélie. Cliniquement la maladie que décrivait M. Hallopeau était caractérisée, surtout par des amyotrophies et des troubles de la sensibilité, anatomiquement par la présence au centre de la moelle d'une cavité entourée d'une couche épaisse de tissu scléreux. M. Hallopeau pense qu'il est préférable de conserver l'appellation qu'il avait autrefois proposée; comme lésion, il avait constaté une phlegmasie chronique du tissu péri-épendymaire, et non une néoplasie. On voyait, au centre de la moelle, une lacune manifestement constituée par le canal central de la moelle dilaté, puisque l'épithélium de revêtement s'y voyait presque partout.

M. Déjérine pense que, dans les cas dont il a parlé, la syringo-myélie est la conséquence d'un néoplasme développé au centre de la moelle et non d'un processus inflammatoire. Comme l'ont montré les anatomo-pathologistes allemands dans ces dernières années, et comme l'atteste une pièce recueillie récemment par M. Barth, la production péri-épendymaire est bien un néoplasme; elle existe sur toute la longueur de la moelle, mais elle est presque énucléable en certains points, ce qui ne concorde pas avec l'hypothèse d'un produit inflammatoire.

Quant au diagnostic de la syringo-myélie, il est aussi nettement établi que celui de l'ataxie locomotrice; une dissociation de la sensibilité par suite de laquelle la sensibilité tactile demeure intacte, alors que les sensibilités à la douleur et à la température ont disparu, ne s'observe dans aucune autre maladie de la moelle.

M. Cadet de Gassicourt déclare qu'à l'hôpital Trousseau les cas intérieurs de maladies contagieuses proviennent le plus souvent de malades venus du dehors et placés dans les salles communes, parce qu'on n'a pas reconnu leurs maladies infectieuses. Il fournit les chiffres suivants relativement à la proportion des cas intérieurs par rapport à l'ensemble des cas traités :

Rougeole, 28,94 p. 100; varicelle, 19,35 p. 100; scarlatine, 15 p. 100; diphthérie, 9,91 p. 100; coqueluche, 9,61 p. 100.

Pourcentage des cas intérieurs établi comparativement dans les salles de médecine et de chirurgie :

Rougeole en chirurgie, 35 p. 100; en médecine, 20 p. 100. — Scarlatine en chirurgie, 11,46 p. 100; en médecine, 2,45 p. 100. — Diphthérie en chirurgie, 20,80 p. 100; en médecine, 16,80 p. 100.

Cette fréquence plus grande des cas intérieurs dans les services de chirurgie s'explique par une moindre surveillance au point de vue de la transmission des maladies contagieuses et par la plus longue durée du séjour des malades.

M. de Gassicourt recommande comme prophylaxie à la fois l'antisepsie à chaque lit, telle que la préconise M. Grancher, l'isolement rigoureux, tel que M. Sevestre l'a pratiqué aux Enfants-Assistés, sans compter la désinfection, la création de chambres d'isolement pour les cas douteux.

M. Richard fait connaître une statistique de l'hôpital des Enfants de Bâle, où la proportion des cas intérieurs a été la suivante :

Scarlatine, 24,69 p. 100; diphthérie, 20,99 p. 100; érysipèle, 20,99 p. 100; coqueluche, 10,49 p. 100; rougeole, 10,18 p. 100; fièvre typhoïde, 2,47 p. 100.

Les infections nosocomiales sont plus graves que celles qui sont contractées au dehors. La scarlatine est très fréquente chez les opérés.

M. Laboulbène rappelle les faits d'inoculation de la rougeole avec du sang, de l'humeur lacrymale de rubéoliques; l'incubation a été de dix jours (Home, 1758; Speranza, 1822). La rougeole expérimentale ayant toujours été bénigne, peut-être pourrait-on en tirer partie dans les épidémies graves.

MM. Gouraud et Sevestre font remarquer que la rougeole n'étant contagieuse qu'à la

période pré-éruptive et pendant l'éruption, il est vraiment superflu d'imposer aux élèves des écoles, comme le prescrit une circulaire ministérielle approuvée par l'Académie, une quarantaine de vingt-cinq jours après la rougeole, — ce qui est préjudiciable à leurs études. D'ailleurs au collège Chaptal, qui ne dépend pas de l'Etat et peut éluder la circulaire ministérielle, on laisse rentrer les enfants après la rougeole aussitôt qu'ils le peuvent sans danger pour eux-mêmes.

M. Comby, faisant allusion au désir exprimé par M. Ollivier, dans une précédente séance, de voir un interne faire à l'entrée de la consultation le triage des enfants suspects de maladies contagieuses, raconte comment il s'y est pris au Dispensaire de la Société philanthrophique pour séparer les enfants atteints de maladies contagieuses des enfants indemnes. Ce sont les concierges qui ont été exercés à ce triage; on fait monter les deux catégories d'enfants par deux escaliers différents.

— M. Gérin-Roze a rapporté un cas de guérison de goître exophthalmique compliqué de troubles gastriques assez intenses pour faire craindre l'inanition. Après échec de toutes les médications préconisées, les accidents disparurent subitement après un séjour à la campagne, et la guérison s'est maintenue depuis huit ans. (*A suivre.*)

## FORMULAIRE

### Potion antidiarrhéique — Braithwaite.

| | |
|---|---|
| Sulfate de fer........................... | 0 gr. 60 centigr. |
| Salicylate de soude............ ....... | 0 gr. 60 — |
| Glycérine ................................. | 12 grammes |
| Eau distillée.............................. | 78 — |

F. d. a. une potion antiseptique, dont on administre une cuillerée à café d'heure en heure, aux enfants atteints de diarrhée. Dès que les selles sont noires, on ne donne plus la potion que de 3 en 3 heures. — Ce remède est conseillé dans le cas de diarrhées cholériformes et estivales. — N. G.

## COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Faculté de médecine de Lyon. — M. Lortet, professeur d'histoire naturelle, est maintenu, pour trois ans, en qualité de doyen de ladite Faculté.

Ecole de médecine d'Amiens. — M. Kayser (Marie-Louis-Napoléon) est nommé chef de clinique obstétricale et gynécologie.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Charles Martins, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

La communication de M. Roussy à l'Académie de médecine est, comme l'a déclaré M. Gautier, de la plus grande importance. M. Roussy a recherché le principe de la fièvre, qu'il considérait comme une substance chimique, de même que le principe de l'algidité, et il est parvenu à obtenir des corps cristallisables, se c important comme de véritables bases. Ces corps, produits par les microbes, ont des propriétés chimiques, physiques et physiologiques que M. Roussy a exposées à l'Académie ; leur constatation paraît devoir faire entrer l'étude de la *microbiologie* dans une nouvelle voie, celle de la *diastasologie*. Les données énoncées sous forme de propositions par M. Roussy méritent d'être vérifiées, et l'Académie, en nommant dans ce but une commission composée de MM. Schutzenberger, Gautier et Hayem, a montré son désir d'être rapidement et sérieusement renseignée sur la question par les plus compétents de ses membres.

A un autre point de vue, la communication de M. Pinard sur l'intervention dans les grossesses extra-utérines ayant évolué jusqu'à terme, n'est pas moins importante. On n'intervient pas encore volontiers en pareil cas, du moins en France, d'une manière active, et les succès obtenus par M. Pinard feront certainement faire un pas en avant dans cette voie.

# FEUILLETON

## CAUSERIE

*Le docteur Rameau*, par M. Georges OHNET.

Quelle chose extraordinaire qu'un roman ! et quelles choses extraordinaires il peut renfermer ! Je viens de lire la 68e édition de celui que M. Georges Ohnet a publié il y a deux mois à peine, et j'y ai trouvé des choses tellement surprenantes que je ne sais pas où il avait l'esprit lorsqu'il les a écrites.

Le docteur Rameau de Ferrières est un type que M. Ohnet a créé en amalgamant un grand nombre de professeurs de la Faculté de médecine ; car je défie bien qui que ce soit de reconnaître tous ses traits dans un seul homme. Voyez plutôt : il s'agit d'un illustre praticien, le plus universellement admiré, réputé le premier chirurgien de l'époque, et à la fois médecin hors ligne, qui a fait en thérapeutique des découvertes surprenantes, et qui est en même temps professeur d'anatomie à la Faculté ! Que d'invraisemblances ! Il a tout pour lui : anatomiste, médecin, chirurgien, thérapeute ! C'est-à-dire quatre fois ce qu'il faut pour faire un membre de l'Institut ! Pourquoi quadrupler la dose du vraisemblable? Jamais il n'y eut à la Faculté de médecine un anatomiste qui fût à la fois grand chirurgien, ni grand médecin, ni grand thérapeute, pas plus qu'il n'y eut de grand chirurgien qui fût grand médecin, ou grand thérapeute, pas plus qu'il n'y

M. Verneuil a continué l'exposé de son enquête sur le tétanos. Il n'est pas encore terminé. — L.-H. P.

## SYPHILIGRAPHIE

### Affaire Colles-Baumès.

*Action en revendication de propriété.*

Par A. Morel-Lavallée, ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

*Comme quoi la proposition dite* loi de Colles *doit s'appeler* loi de Baumès.

Une récente leçon clinique de M. le professeur Fournier à l'hôpital Saint-Louis vient de rouvrir — et, pourrions-nous dire aussi, de clore définitivement — un débat qu'on avait cru fermé depuis plusieurs années et qui a trait à la « loi de Colles ».

Dans un mémoire publié en 1881 dans la *Berliner Klinische Wochenschrift* sur l'hérédité de la syphilis, Behrend a voulu, dit-il (1) lui-même, démontrer :

1° Que la thèse généralement appelée *Loi de Colles* provenait d'une proposition de Colles mal interprétée, et amplifiée arbitrairement dans le cours des années;

2° Que cette loi, telle qu'elle est formulée par les auteurs modernes, se base sur une faute de logique, parce qu'elle est déduite d'une prémisse négative;

3° Que cette loi, dans la forme qu'on lui a donnée, *est démentie* par des observations cliniques directes...

Behrend disait en d'autres termes ceci :

(1) *Annales de dermatologie*, 1883, p. 71.

---

eut de professeur qui eût deux têtes, quatre bras et quatre jambes. Le docteur Rameau est, à ce point de vue, un monstre. M. Ohnet a voulu qu'il fût excessivement illustre, génial, pour le faire vaincre, à la fin du roman, par une petite fille, une sorte de Saint-Georges terrassant un dragon, je sais tout cela; mais ce personnage de convention est réellement trop en dehors de la réalité pour qu'on puisse l'accepter dans le monde médical.

Ne cherchez pas dans les professeurs actuels de la Faculté les modèles dont s'est inspiré l'auteur pour peindre le professeur Rameau, vous ne les y trouveriez plus.

En effet, Rameau fut appelé auprès de Garibaldi pour l'opérer à Caprera d'un phlegmon qui le mettait dans le plus grave danger ; donc Rameau, c'est Nélaton. Mais, autre particularité : « Sa brutalité est légendaire comme son adresse. Aucune femme ne ferait un pansement, ne poserait un bandage d'une main plus légère et avec des doigts plus agiles; il n'est pas de charretier qui jure contre ses chevaux plus violemment que Rameau contre ses aides. Les malades, épouvantés, se renfoncent dans leur lit, s'enfouissent sous les oreillers en entendant la voix tonnante du chirurgien qui brandit, d'un air menaçant, un trocart à la *lame aiguë*. » Cela n'a jamais appartenu à Nélaton, mais, si j'ai bonne mémoire, à Velpeau peut-être, à Dolbeau dans les dernières années de sa vie, et encore je n'en suis pas bien sûr; car, de notre temps, le chirurgien brutal n'existe plus, et je ne sais pas pourquoi M. Onhet l'a fait revivre.

Puis, voilà Sappey si l'on tient à l'anatomiste : homme de haute taille, au visage tourmenté comme un sol volcanique; son front immense est couronné d'une chevelure grise,

*A*. La soi-disant loi de Colles n'a jamais été formulée par Colles, ni dans les termes ni dans le sens où on la lui attribue.

*B*. La loi *dite* de Colles est fausse.

Examinons successivement ces deux propositions.

I

A qui appartient la loi *dite* de Colles?

Cette loi clinique, on peut, avec M. Fournier, l'exprimer ainsi :

UNE MÈRE NE REÇOIT JAMAIS LA SYPHILIS DE SON ENFANT MÊME AFFECTÉ DE LÉSIONS CONTAGIEUSES, ALORS QUE CET ENFANT TIENT HÉRÉDITAIREMENT LA SYPHILIS DE SON PÈRE.

Or, Behrend soutient en substance :

1° Que Colles n'a rien écrit qui approchât de cette proposition;

2° Qu'il a simplement remarqué qu'un enfant hérédo-syphilitique de par son père et *par sa mère* n'infecte jamais sa mère en tétant;

3° Qu'il a donné ce fait d'observation comme un exemple de l'unicité de la syphilis;

4° Que le sens attribué par Colles aux phrases écrites dans son ouvrage est nettement établi par des observations cliniques apportées par lui comme pièces justificatives, observations échappées, à ce qu'il semble, dit Behrend (1), à MM. Diday et Doyon.

Ces deux dermatologistes français avaient, en effet, dans les *Annales de dermatologie* de 1882, analysé le travail précité du médecin de Berlin, et, tant dans cette analyse que dans une riposte ultérieure à la réponse de Behrend (2), ils soutiennent :

(1) *Ann. de derm.*, 1883, p. 72.

(2) *Ann. de derm.*, 1882, p. 285, et *id.*, 1883, p. 79. — M. Diday, dans son *Traité de la syphilis des nouveau-nés* (1854), p. 284, a fondé la loi de Colles en ces termes : C'est Colles qui a le premier, en 1837, donné comme règle constante cette observation que... (*suit la phrase de Colles*); et il ajoute : M. Baumès, en 1840, avait fait la même remarque

onduleuse et rude, semblable à la crinière d'un vieux lion; ce trait ne convient pas évidemment à M. le professeur Richet, qui fut autrefois grand anatomiste et est resté grand chirurgien. Ses yeux gris, clairs et perçants ainsi que ses outils d'acier, surmontés de sourcils noirs et touffus, appartenaient à Velpeau, de même que son teint très coloré, annonçant un sang brûlé par l'activité d'une vie entièrement consacrée au travail; mais sa bouche, aux lèvres épaisses respirant la bonté, revient plutôt à Nélaton.

Mais nous ne sommes pas au bout des invraisemblances réunies dans ce portrait. A l'inauguration de la Société de philosophie contemporaine, notre maître supposé fit une profession de foi tellement matérialiste, qu'il fut dès le lendemain relevé de ses fonctions de professeur. — Pardon, cher M. Ohnet, nous avons eu sans doute des athées, des matérialistes forcenés dans notre Faculté, mais aucun, de mémoire d'homme, n'a été relevé de ses fonctions de professeur pour ce motif, pas plus, du reste, que pour aucun autre. Cette mésaventure est arrivée à Michelet, mais jamais à un professeur de la Faculté de médecine.

Et puis voyez, chers lecteurs, comme M. Ohnet est inconséquent avec lui-même; voilà M. Rameau relevé de ses fonctions de professeur, et néanmoins il continue jusqu'à la fin du roman, pendant une vingtaine d'années encore, à aller faire des cours à la Faculté. Comment diable pouvez-vous bien expliquer cela?

Ce singulier professeur avait été un singulier agrégé. « Ce fut à son concours pour l'agrégation que sa nature de combattant se manifesta, pour la première fois, dans toute

1° Que Colles avait parfaitement observé et interprété le fait clinique auquel a trait la Loi qui a porté son nom;

2° Que son texte, suffisamment clair, indique qu'il s'agit d'enfants tenant la syphilis du père, la mère restant saine, au moins apparemment;

3° Que, contrairement à ce qu'avance Behrend, il n'existe pas dans l'ouvrage anglais d'observations prouvant que Colles ait eu en vue des mères saines pour l'instant, mais dûment syphilitiques..... (Pour MM. Diday et Doyon, Colles, sans aucun doute, a voulu parler de mères exemptes de toute syphilis ou patente ou latente avant la conception.)

En présence d'affirmations aussi contradictoires émanant d'hommes aussi justement estimés que nos éminents confrères français et allemand, nous avons, sur le conseil de notre cher maître M. Fournier, voulu remonter à la source. Et là, en présence du texte anglais nous avons vu, — bien que Behrend ait avoué n'avoir pas eu l'original entre les mains, et n'avoir pu se servir que de la traduction allemande de Fr. A. Simon (Hambourg, 1839), alors que nos compatriotes citent à plusieurs reprises des phrases prises textuellement dans Colles en langue anglaise, — nous avons vu, disons-nous, qu'à part un détail de minime importance la vérité est du côté de notre confrère allemand : Colles n'a jamais formulé la loi qui porte son nom ; il n'avait en aucune façon interprété justement le fait clinique qu'elle consacre ; une des observations qu'il cite dans son ouvrage en est une preuve indéniable, indépendamment d'une phrase évidemment échappée à ses commentateurs et par laquelle il leur donne à l'avance, en termes formels, un éclatant démenti.

Voici la phrase anglaise sur laquelle se fondent les « Collistes », nom que se donnent eux-mêmes MM. Diday et Doyon :

It is curious fact that I have never witnessed nor ever heard of an instance in which a child deriving the infection of syphilis *from its parents* has caused an ulceration in the

---

qu'il formulait en ces termes... *Et, plus loin :* M. Egan, en 1846, a confirmé, par son expérience personnelle, la réalité de cette observation.

---

sa violence autoritaire. Il stupéfia les examinateurs par la hardiesse de ses tendances et la nouveauté de ses aperçus. Ce jeune homme osa exposer devant ses maîtres des théories qui aboutissaient à la négation formelle des doctrines admises. Il défendit sa manière de voir avec une éloquence âpre et tranchante qui fit bondir tout le bureau et provoqua des manifestations enthousiastes parmi les assistants.

« Les allures de réformateur du docteur Rameau déplurent souverainement; il passa pour un révolté. On le dépeignit comme un brouillon ambitieux, capable, s'il prenait possession d'une chaire à la Faculté, de bouleverser les idées ayant cours. Ses juges, profondément blessés de s'être sentis dominés par lui, le mirent à l'index. Il fut deux fois de suite refusé. Au mépris de toute justice, on lui fit passer sur le dos des camarades dont la médiocrité n'était point gênante. Rameau rugit (n'oubliez pas qu'il avait une crinière) de colère. Et dès lors la lutte fut engagée entre ses maîtres et lui. « Nous ne le laisserons jamais arriver », avaient dit ceux-ci. » — « Je prouverai au monde entier qu'ils sont des ânes », répliqua Rameau. »

Eh bien, chers lecteurs, qu'en dites-vous? Avez-vous jamais ouï dire qu'un candidat à l'agrégation ait fait des épreuves aussi révolutionnaires? Qu'il les ait répétées à deux concours différents? Qu'il ait fini par être nommé agrégé, puis professeur? Qu'en d'autres termes, la Faculté lui ait pardonné sa supériorité et ses insultes? Tout cela, c'est du roman. Aussi, nous retrouvons bien M. Rameau professeur, mais M. Ohnet ne nous dit pas quand ni comment il est arrivé à franchir la barrière de l'agrégation, puis celle autrement difficile du professorat.

breast of its mother (1). — (C'est un fait curieux que je n'ai jamais vu ni ouï signaler un cas où un enfant, tirant l'infection syphilitique *de ses parents*, ait produit une ulcération sur le sein de sa mère.

« *De ses parents* »... ; ce sont ces trois mots que les auteurs qui ont suivi Colles et l'ont sacré parrain d'une LOI ont voulu traduire par :... *de son origine — par le fait de sa naissance — de ses auteurs* — donc, *de l'un de ses auteurs* — donc DU PÈRE !

Cette interprétation est déjà légèrement « forcée » ; mais il y a mieux ; la preuve éclatante, aveuglante, que Colles n'a nullement entendu dire *père syphilitique* et *mère saine*, c'est qu'il dit expressément, pour expliquer l'observation de la page 285 :

Il y a, dis-je, une présomption que telle a été la source première de l'infection, *puisque aussi bien je n'ai jamais vu d'exemple d'un enfant qui,* INFECTÉ PAR LA MÈRE, *ait déterminé sur elle une ulcération vénérienne du mamelon.* — (I say, there is a presumption that this is the manner in which the infection was conveyed, because as yet I have not seen any instance in which an infant infe te BY THE MOTHER, communicated a venereal ulcer of the nipple to her, p. 286).

INFECTÉ PAR LA MÈRE! Comment a-t-on bien pu, en présence d'un texte aussi formel, soulever l'ombre d'une discussion? Car, il n'y a pas à dire, toute contestation nous paraît impossible : il n'y a pas *infected* THROUGH *the mother*, qui aurait pu, à la rigueur (?!), signifier AU TRAVERS *de la mère* (restée saine); Colles a écrit PAR LA MÈRE — (BY THE MOTHER).

Veut-on une preuve de plus de ce fait que Colles n'a jamais voulu formuler « sa loi », telle que nous l'entendons? Lisons l'observation suivante, citée à la page 291 de son ouvrage, pour montrer l'extrême facilité et rapidité de propagation de la syphilis dans un foyer familial, par voies extra-génitales.

(1) Abraham Colles. — *Practical observations on the venereal disease and on the use of mercury*, 1837, page 285.

---

Mais voici qui est bien autrement fort. M. Rameau, que nous avons vu plus haut brandir un trocart à lame aiguë (ce qui ne se voit encore que dans les romans, car un trocart n'a pas de lame), invente pendant la guerre de 1870-71 un médicament antiseptique qui met fin à la pourriture d'hôpital. Voilà un document historique que je ne recommande pas comme de première qualité; mais passons, ce n'est pas pour cela que je prends cette date, c'est parce qu'elle va me servir de base pour calculer l'âge du docteur Rameau. — En 1870, il a une petite fille de 2 ans, laquelle est née par conséquent en 1868; elle a été conçue par suite en 1867; c'est une enfant du crime, et bien que les dates ne soient pas exactement fixées, on peut admettre que M^me^ Rameau a été une honnête femme pendant deux ans; donc le mariage de M. Rameau a eu lieu vers 1865; à ce moment, il avait 50 ans : trouver la date de sa naissance n'est pas difficile, et nous disons qu'il est né en 1815. Eh bien, savez-vous ce que faisait son père, *en 1815*?

« Son père était *cantonnier sur la ligne de l'Est* et habitait une petite maison auprès du passage à niveau de la route de Ferrières. Sa mère gardait la barrière. Il la voyait, un manteau de toile cirée sur le dos, coiffée d'un chapeau de cuir, *se ranger devant les trains,* un étroit drapeau rouge à la main, comme au port d'armes.

« Jusqu'à l'âge de 14 ans, le petit Pierre vécut là, libre et insouciant, aidant sa mère à faire rouler la lourde barrière de bois sur ses galets de fonte, quand les fermiers revenaient du marché de Lagny..... Il était très enfant, très joueur, excellait à tuer les oiseaux à coups de pierre et à poser des collets, dans les haies du *chemin de fer*, pour prendre les lièvres des chasses voisines. »

M. D..., honnête artisan, ET SA FEMME, avaient, environ deux ans auparavant, été soignéS par moi pour des accidents vénériens secondaires, *dont je les supposais avoir été* TOUS LES DEUX *guéris*, bien que M. D... ne se fût pas confiné à la chambre alors qu'il était soumis au mercure. — (Mr. D..., a respectable mechanic, and his wife, had (about 2 years before) been under my care, on account of secondary venereal symptoms, *of which I supposed them both to have been cured*, although Mr. D... had not confined himself to the house while using mercury, p. 291).

Suit la relation d'une épidémie de famille chez M. D..., et dans laquelle nous relevons ces phrases :

Mme D... m'arrive pour son enfant, âgé de 5 mois, et couvert d'éruption secondaire. Les parents semblent *tous les deux* jouir d'une parfaite santé, et l'enfant a toutes les apparences de la prospérité; AUCUN SYMPTÔME DE MALADIE SUR LA MÈRE. — (*Both parents* appear to be in the enjoyment of perfect health, and the child had all the appearances of a fine thriving child; *no symptom of disease in the mother*, p. 291).

La bonne, âgée de 13 ans, qui soignait cet enfant, prit un chancre de l'amygdale. Quelles réflexions Colles en tire-t-il? — Celles-ci :

Dans ce cas, il est parfaitement évident que la bonne a reçu l'infection de l'enfant.....; et ici, remarquons-le, la mère [c'est-à-dire Mme D..., que Colles avait soignée, ainsi que son mari, pour des accidents secondaires deux ans auparavant], — *la mère, à aucun degré ni en aucune façon, n'avait souffert de la maladie de l'enfant* [n'avait souffert — actuellement, — puisque Mme D... avait présenté cette maladie deux ans auparavant] ; — elle n'avait pas été infectée par son propre enfant, tandis que la maladie était capable d'infecter la petite bonne. — (In this case it is perfectly obvious that the servant girl received the infection from the infant;..... and here let it be observed, that the mother had not in any degree, or in any way, suffered from the disease of the child; she had not received any infection from her own child, yet the disease was capable of infecting the servant girl, p. 293).

Dès lors, cette observation est, pour nous, dénuée d'intérêt; Mme D... ne pouvait être syphilisée par son enfant, puisqu'elle était syphilitique depuis deux ans.

---

Si j'ai cité si longuement M. Ohnet, c'était pour que vous soyez bien convaincus, chers lecteurs, que le père de M. Rameau était cantonnier de *chemin de fer*, et que, de 1815 à 1829, le jeune Rameau passa les quatorze premières années de sa vie à baguenauder le long des haies du *chemin de fer*. Mais, me direz-vous, il y avait donc des chemins de fer à cette époque? Ma foi, je m'étais toujours figuré qu'ils ne remontaient guère que vers 1835 ou 1837, puisqu'on a voulu fêter leur cinquantenaire il y a deux ans, mais puisque M. Ohnet le dit!.....

Comme anachronisme, c'est réussi! Mais ce n'est pas le seul. Le jeune Rameau, alors qu'il étudiait la médecine, vers sa 25e année, par exemple, avait pour ami intime un futur aliéniste, nommé Talvanne, qui passait son temps à mesurer les angles du crâne de ses camarades avec le goniomètre, ou à jauger des crânes suivant la méthode de Broca! 1815 et 25 font 1840! Goniomètre! Méthode de Broca en 1840! alors que tout cela est postérieur à 1860! Oh! M. Ohnet! où diable avez-vous pris vos documents? Et dire que votre livre en est à sa 68e édition, et qu'il atteindra peut-être la 258e, comme le *Maitre de forges*.

En voyant du haut d'une loge toutes les femmes qui grouillaient sur le parquet de l'Opéra une nuit de bal masqué, Gavarni s'écriait : « Quand on pense que toutes ces femmes mangent, c'est ça qui donne une crâne idée de l'homme. » Permettez-moi de parodier ce mot et de dire : « Quand on voit des ouvrages de cette force se vendre si bien, c'est ça qui donne une crâne idée des liseurs de romans !

— Mais vous-même, cher Simplissime, vous en lisez bien.

Pourquoi donc alors Colles insiste-t-il sur ce fait qui nous paraît, à nous, sans importance? — C'est, dit Behrend (1), que la thèse de Colles n'était, dans le sens de son auteur, qu'une simple mise en exemple de l'unicité de la syphilis.

Sur ce point, — et sur ce point de détail seul pour le moment — nous ne partageons pas l'avis de notre confrère allemand. Au risque de diminuer encore le mérite de Colles, nous nous demandons si son sentiment n'est pas celui-ci : on dirait qu'il considère un sujet qui a eu *la maladie vénérienne* comme quelqu'un qui a « reçu un atout », qui est prédisposé aux *wasting diseases*, et qui devrait donc être (ré)-infecté plus facilement ; — or, ce dont Colles s'étonnerait alors, c'est qu'il n'en fût pas ainsi pour la mère de l'enfant syphilitique. Ce qui donnerait à le penser, c'est que, terminant plus loin une autre description d'épidémie de famille par une série de réflexions, après avoir remarqué que *la maladie semble devenir moins virulente à mesure qu'elle s'éloigne de sa source primitive*, il finit par cette phrase, où il réédite encore l'expression de ce fait qui l'avait frappé :

Un fait qui mérite bien d'attirer notre attention est celui-ci : un enfant né d'une mère exempte de symptômes vénériens PATENTS — (*c'est-à-dire, d'après nous, en syphilis antérieure, latente*), et qui, sans avoir eté exposé à une infection postérieure à sa naissance — (*C'est-à-dire hérédo-syphilitique*) — présente la syphilis à l'âge de quelques semaines, infectera la nourrice LA MIEUX PORTANTE, si elle l'allaite, ou seulement qu'elle le manie ou l'habille ; et cependant un tel enfant, que je sache, n'infecte jamais sa propre mère, quand bien même elle l'allaiterait tandis qu'il a des plaies vénériennes aux lèvres et à la langue. — (One fact well deserving our attention is this : that a child born of a mother who is without any OBVIOUS venereal symptoms, and which, without being exposed to any infection subsequent to its birth, shows this disease when a few weeks old, this child will infect THE MOST HEALTHY nurse, whether she suckle it, or merely handle and dress it ; and yet this child is never known to infect its own mother, even though she suckle it while it has venereal ulcers of the lips and tongue, p, 304).

(1) *Ann. de derm.*, 1883, p. 74.

— J'en conviens, mais c'est pour y chercher des sujets de feuilleton et trouver une occasion de causer un instant avec vous. Si je vous ai ennuyés, pardonnez-le moi, chers lecteurs, car c'était bien involontairement. Vrai, c'est la faute à M. Ohnet.

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE L'ANGINE DIPHTÉRITIQUE. — H. Roger et Peter.

Dans la forme bénigne, au début, un vomitif à l'ipéca (0 gr. 20 à 0 gr. 80 d'ipéca en prendre dans 30 grammes de sirop d'ipéca) par cuillerées à café de cinq en cinq minutes, jusqu'à effet vomitif. — Irrigation deux fois par jour avec de l'eau de chaux, avec une solution de borax ou d'alun, et attouchements avec le jus de citron. — Dans les cas graves, répéter une ou deux fois le vomitif, faire quatre à huit fois par jour des irrigations à l'eau de chaux saturée, et toucher la gorge avec la solution de sonde caustique (soude caustique, 15 grammes ; glycérine, 100 grammes), ou avec la solution de nitrate d'argent (nitrate d'argent cristallisé, 1 gramme ; eau distillée 30 grammes). — Dans le premier cas, le malade doit se rincer la bouche avec de l'eau vinaigrée, et dans le second cas avec de l'eau salée. Dans les angines légères comme dans les angines graves, toniques à l'intérieur; pour aliments, des bouillons, des potages, des jus de viande, des hachis et du lait. — Pendant la convalescence, changement d'air, alimentation substantielle, vin de quinquina. — Electrisation s'il survient de la paralysie déphthéritique.

N. G.

*The most healthy nurse, — la mieux portante....* C'est là ce qui l'étonne. Il professe donc cette opinion des « gens du monde » qui veut qu'un sujet ayant été une fois « touché », ayant « étrenné », soit pour l'avenir un *vir minoris resistantiæ?* Ce qui semble l'étonner pas dessus tout, en effet, c'est qu'une femme, *la mieux portante*, soit infectée, alors que la mère — qui, ayant eu la syphilis, devrait offrir le moins de résistance, — résiste au contage. Et telle paraît à ce point être son idée (l'étonnement en présence de cette non-contamination d'une femme qui a des antécédents pathologiques), qu'il a commencé son chapitre par ces mots, toujours les mêmes :

Le fait suivant me paraît très digne de remarque : je n'ai jamais vu ou entendu mentionner un seul exemple dans lequel un enfant syphilitique, — quoique porteur d'ulcérations buccales — allaité par sa propre mère, lui ait donné des ulcérations au sein ; tandis qu'il s'est présenté très peu de cas où un enfant syphilitique n'ait pas infecté une nourrice-au-sein étrangère, mercenaire, ET ayant joui antérieurement d'une bonne santé. — (The following fact appears to me very deserving of notice — I have never seen or heard of a single instance in which a syphilitic infant (although its mouth be ulcerated), suckled by its own mother, had produced ulcerations of her breasts ; whereas very few instances have occurred where a syphilitic infant had not infected a strange hired wet nurse, and who had been previously in good health, p. 285).

C'est toujours la même tournure de pensée ; si la nourrice eût été *tarée* par une « taint » antérieure, Colles serait, semble-t-il, moins surpris qu'elle fût (ré)infectée, tandis qu'elle est contaminée, MÊME ayant joui d'une bonne santé antérieure !

Quoi qu'il en soit, du reste, peu nous importe; mais ce qui ressort de tout ce qui précède, c'est qu'Abraham Colles, parrain d'une LOI célèbre, n'en est que le père putatif, « l'oncle », tout au plus... Sa part se réduit dans cette affaire à ceci : avoir remarqué et fait remarquer qu'un enfant hérédosyphilitique n'inoculait pas ses plaques muqueuses buccales sur le sein maternel, *la mère ayant été syphilisée ou par conception ou antérieurement à l'imprégnation ;* — fait banal pour nous, qui savons que « la vérole ne se double pas ». Mais, trois ans après, c'est-à-dire en 1840, P. BAUMÈS, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille (de Lyon), a imprimé cette phrase, toujours à titre d'observation et sans avoir la prétention de formuler une LOI (1) :

Il est d'observation qu'une mère, ayant porté dans son sein un enfant syphilitique qui doit l'infection au sperme du père, ne contracte pas généralement, en nourrissant son propre enfant, la maladie syphilitique, comme pourrait la contracter une nourrice étrangère.

Plus tard, comme le rappelle Behrend, M. Diday réunit les deux propositions, celle de Colles et celle de Baumès, sous la dénomination de LOI DE COLLES, et professa que jamais un enfant, syphilitique de par son père ou de par sa mère, n'infecte sa mère qui l'allaite. Ensuite cette LOI fut, sans plus de contrôle, adoptée de confiance par tous les syphiligraphes, à leur tête par Ricord et Fournier. Mais il résulte de ce que nous venons de voir que, si cette LOI doit porter un nom, c'est celui de BAUMÈS, pour éviter de lui donner la trop longue appellation de tous ses parrains en la nommant LOI DE COLLES-BAUMÈS-DIDAY.

(1) *Précis sur les maladies vénériennes*, Lyon, 1840, p. 180.

## II

*Explication de la* LOI DE BAUMÈS. —*Elle consacre un fait cliniquement exact.*

La soi-disant LOI DE COLLES est fausse, dit Behrend; — et il cite deux faits qui, s'ils étaient d'une authenticité incontestable, infirmeraient la LOI, au moins au titre d'exceptions. Nous ne pouvons nous étendre ici, et nous nous contentons de renvoyer le lecteur à la récente leçon clinique du professeur de Saint-Louis, où M. Fournier, exprimant les idées de toute l'École française, proclame formellement la validité de la LOI DE COLLES-BAUMÈS.

Nous tenons donc cette LOI pour vraie : elle n'a pas lieu de nous étonner, dit Baumès; « car, dès le commencement de la gestation, le sang de la mère « et celui de l'enfant sont confondus ; ils n'en font pour ainsi dire qu'un, et « si, de cette confusion, de cette union, devait résulter quelque inconvénient « pour la mère, les symptômes n'attendraient pas l'époque de l'allaitement, « pour se manifester. »

Il semble s'ensuivre de cette phrase que la mère a, pour Baumès, *échappé à* la syphilis; on connaît la théorie du *choc en retour* de Ricord, c'est-à-dire de l'infection de la mère par la circulation; pour Hutchinson, la mère est en état de syphilis *latente*, en possession d'une syphilis « atténuée » par l'absorption d'une trop faible quantité de virus. Selon d'autres, l'immunité de la mère tient à une idiosyncrasie qui la rend réfractaire à la vérole; nous n'avons pas besoin de dire que cette idiosyncrasie, qui n'est rien moins que prouvée, serait une colossale infraction aux lois qui semblent régir la syphilis; celle-ci, en effet, jusqu'à présent, paraît n'avoir respecté personne, n'avoir rencontré aucune idiosyncrasie rebelle, sauf....., sauf pourtant chez ceux qu'elle a déjà frappés une fois, et cela, parce que *la vérole ne se double pas*. Là est, pour M. Fournier, pour nous-même, la clé du problème; l'enfant n'infecte pas sa mère parce que celle-ci est déjà syphilisée, comme dans l'observation de la page 293 de Colles.

Les commentateurs de l'auteur anglais ont admis, ont écrit (1) que cette syphilis de la mère serait une infection *atténuée*, quelque chose comme la vérole *mitigée* de Hutchinson, la *syphilis imperceptible* de Diday. « N'est-il « pas rationnel qu'une mère qui a résisté neuf mois à cette syphilis en puis- « sance puisse y être encore réfractaire, alors que cette même syphilis, de « ce même sujet, de son enfant, sera entrée en action? Non, sans doute, « car elle s'était, on peut le dire, peu à peu acclimatée, vaccinée contre ce « virus-là; ce qui n'empêche point qu'elle ne soit susceptible d'être infectée « par le virus d'un nourrisson étranger — disons par un virus *étranger*, — « au contact duquel elle se sera trouvée accidentellement exposée. »

Ici, nous avouons franchement ne plus comprendre : nous croyions que le virus syphilitique était UN dans l'espèce humaine (c'est-à-dire en dehors des expériences futures, — *espérables*, — de laboratoire); qu un homme porteur d'une syphilis grave pouvait, selon le terrain de sa « victime », donner une syphilis bénigne, et inversement; que cette unicité du virus syphilitique était même la cause — ou une des causes — de l'unicité de la vérole chez le même sujet. Alors, de deux choses l'une : ou la mère de l'enfant syphilitique est syphilitique elle-même (*puisque* réfractaire), ou

(1) *Ann. de derm.*, 1882, p. 297. — On conçoit que toutes ces difficultés d'interprétation n'existent pas pour ceux qui, à l'instar de Behrend, refusent de reconnaître la loi de Colles.

elle ne l'est pas; mais, si elle l'est, elle l'est à toutes les syphilis, ou mieux elle est *réfractaire à* LA *syphilis* et non à une syphilis donnée.

La preuve en est, au reste, dans les deux expériences de Caspary et de Neumann, où les mères, inoculées avec des virus « *étrangers* », demeurèrent réfractaires à la vérole.

Voici ces deux observations, reproduites dans la dernière clinique de notre excellent maître le professeur Fournier :

OBSERVATION I. — Un homme de 40 ans, marié et ayant déjà eu des enfants sains, contracte la syphilis en 1872. Instruite, dès le début, de l'état de son mari, sa femme s'abstient de tous rapports; ceux-ci ne sont repris qu'à l'époque où l'on juge le mari guéri. — Observée avec le plus grand soin, cette femme ne présente jamais le moindre accident suspect. En octobre 1874, elle devient enceinte et avorte à 6 mois; on croit découvrir des gommes dans le placenta. Dans ces conditions, *voulant juger si cette femme était syphilitique, ou non, et déterminer s'il fallait, ou non, lui prescrire un traitement spécifique*, Caspary, *avec le consentement de la malade*, se résout à essayer une inoculation. Il recueille le produit de sécrétion de plaques muqueuses, *sur un homme syphilitique n'ayant subi aucun traitement*, et l'inocule à cette femme sur le bras gauche.

Résultat nul : l'inoculation reste stérile; rien ne se produit ultérieurement.

OBS. II. — Une jeune femme, saine jusqu'alors, accouche d'un enfant syphilitique, lequel est affecté, entre autres lésions, de plaques muqueuses des lèvres. Elle allaite cet enfant et n'en subit aucun dommage. Et cependant les lésions de l'enfant étaient d'ordre absolument contagieux, car cet enfant, à cette époque même, *contagionne sa grand'mère maternelle*, laquelle, pour soulager sa fille, gardait souvent le baby, et, comme toutes les grand'mères, ne cessait de l'embrasser sur la bouche. De lui elle contracte de la sorte un chancre induré de la lèvre bientôt suivi d'un exanthème spécifique.

*Et la mère, cependant, restait toujours saine*... C'est alors que Neumann commença sur cette femme une série d'expériences. Il l'inocula *seize fois*, dans l'espace d'un mois, sur différentes parties du corps, tantôt *avec l'exsudat d'un chancre syphilitique*, tantôt *avec le produit de sécrétion de papules secondaires*.

Pas le moindre accident ne se produisit à la suite de ces inoculations multiples. La jeune femme fut gardée en observation 171 jours (près de 6 mois), et jamais il ne fut possible de constater sur elle le moindre signe d'une infection syphilitique.

La question nous paraît jugée. Oui, il est exact qu'UNE MÈRE NE REÇOIT JAMAIS LA SYPHILIS DE SON ENFANT, MÊME AFFECTÉ DE LÉSIONS CONTAGIEUSES, ALORS QUE CET ENFANT TIENT HÉRÉDITAIREMENT LA SYPHILIS DE SON PÈRE, — et cela parce que la mère a pris la syphilis du fait même de sa grossesse, d'où résulte pour elle un état d'immunité contre toute infection syphilitique nouvelle (1). Et si cette proposition, que vient à nouveau de consacrer l'autorité de Fournier, mérite le nom de *loi*, il faut l'appeler LOI DE BAUMÈS. Ce ne sera que justice, et les commentateurs de Colles ne nous en voudront pas s'ils songent que cette rectification restitue une priorité scientifique de l'Angleterre à la France, et, plus, à l'Ecole de Lyon.

---

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

*Effets généraux des substances produites par le « Bacillus heminecrobiophilus »*, par M. S.

---

(1) Il paraîtrait, toutefois, que la Loi de Colles-Baumès pourrait comporter des exceptions; on a cité une demi-douzaine d'observations dans ce sens, notamment Scarenzio, Pietro Pellizari, etc.

Arloing. — L'auteur a décrit, dans une note précédente, les effets destructeurs considérables exercés par un microbe d'apparence saprogène, quand il est déposé dans un organe frappé de nécrobiose commençante.

Aujourd'hui, il étudie les effets physiologiques généraux des matières solubles que ce microbe fabrique pendant sa végétation dans un organe en voie de nécrobiose et dans un milieu artificiel.

I. Il faut se rappeler que, si l'on injecte dans le testicule bistourné d'un bélier 0 c. c., 5 d'une culture du *Bacillus heminecrobiophilus*, on observe une destruction plus ou moins rapide et plus ou moins complète de l'organe. Celui-ci est converti tantôt en une masse semi-fluide, roussâtre, mêlée de gaz, tantôt en une matière jaunâtre, d'aspect caséeux. La transformation s'opère au-dedans d'une albuginée épaisse et œdémateuse, et elle s'accompagne de phénomènes généraux de résorption. Les vaisseaux du cordon testiculaire sont bien oblitérés; mais l'organe, exsangue dans sa profondeur, se greffe soit sur la face interne des enveloppes scrotales, soit sur le tissu conjonctif de la région inguinale, et des vaisseaux sanguins ne tardent pas à se répandre à sa surface, à la façon des vaisseaux omphalo-mésentériques sur la vésicule ombilicale.

Ces vaisseaux absorbent continuellement une partie des matières solubles fabriquées par les microbes dans le milieu de culture naturel où ils évoluent.

Il en résulte des phénomènes d'intoxication parfois assez graves pour donner la mort en deux ou trois jours. Le plus souvent, les animaux survivent; mais ils sont tristes, restent presque toujours couchés, languissent et perdent leur laine çà et là, spontanément ou à la moindre traction. On peut rendre très rapidement ces malades à la santé; il suffit pour cela de pratiquer l'ablation du testicule nécrobiosé.

Cette expérience réalise aussi complètement que possible le type d'une vaccination par les produits solubles de la vie microbienne sécrétés dans le cours d'une maladie virulente. Ainsi, le microbe végète en abondance dans une poche accidentelle qui fait néanmoins partie intégrante de l'organisme; il fabrique sur place des matières toxiques qui passent dans le sang, eomme en témoignent les symptômes généraux que nous avons signalés. On laisse ces poisons solubles se déverser pendant quinze à vingt jours dans le système circulatoire. Enfin, à un moment donné, on supprime toute communication entre le foyer de culture et l'organisme, et l'animal revient promptement à la santé.

Malgré ces conditions éminemment favorables à la production de l'immunité, M. Arloing ne l'a pas obtenue dans ses expériences. En effet, si l'on bistourne le second testicule, après l'ablation du testicule malade, et qu'on injecte à son intérieur le bacillus heminecrobiophilus, on constate qu'il est détruit aussi rapidement que le premier. L'imprégnation du testicule sain par les produits solubles du bacille en question pendant quinze à vingt jours ne lui a donc pas communiqué l'état de vacciné.

II. Si l'on injecte dans les veines le suc stérilisé et filtré d'un testicule réduit en pulpe par l'action du microbe ou le bouilon des cultures à sa sortie du filtre en porcelaine, on trouble gravement toutes les fonctions de l'organisme. Le bouillon de culture renferme donc des substances pyrétiques et nauséeuses. L'action vomitive devient complète sur le chien.

Le liquide qui s'est formé dans le testicule bistourné détermine des effets semblables à ceux du bouillon de culture; mais il n'a plus qu'une puissance toxique neuf à dix fois moins grande.

Le bouillon de culture était toxique à la dose de 1|2 centimètre cube par kilogramme d'agneau. M. Arloing n'a pas réussi à tuer le chien avec des doses doubles, ni le cobaye avec des doses six fois plus fortes.

III. Le bouillon de culture et le suc du testicule en voie de destruction contiennent des substances insolubles, et d'autres solubles dans l'alcool. On peut séparer ces substances et les mettre en solution dans l'eau, au même titre environ que dans leur milieu naturel. Injectées isolément, elles sont proportionnellement moins actives que le bouillon de culture ou le suc testiculaire. Mais les effets généraux les plus saillants, sont l'œuvre des substances précipitables par l'acool. Celles-ci produisent, sur le mouton, la tristesse, les tremblements, l'élévation de la température, la salivation et le rictus; sur le chien,

elles déterminent, en outre, le vomissement au bout d'une heure. A quantité égale, les substances solubles dons l'alcool produisent des effets insignifiants.

*Conclusions.* — 1° Le Bacillus heminecrobiophilus ne confère pas l'immunité; 2° les produits solubles qu'il fabrique peuvent donner la mort s'ils s'accumulent dans le sang; 3° ces produits, pyrétiques et vomitifs, sont plus actifs quand ils se sont formés dans le bouillon de culture que dans un organe nécrobiosé; 4° ils doivent surtout ces propriétés à des substances précipitables par l'alcool.

## COURRIER

Les candidats au concours qui doit s'ouvrir le lundi 25 mars, pour la nomination à deux places de chirurgien du Bureau central, sont au nombre de vingt-deux. Voici leurs noms par ordre alphabétique :

MM. Barette, Beurnier, Broca, Castex, Clado, Coudray, Garnier, Guinard, Hallé, Hartmann, Jullien, Lejars, Ménard, Ozenne, Petit-Vendol, Phocas, Poirier, Rémy, Ricard, Rochard, Verchère, Walther.

Le Jury de ce concours est constitué *provisoirement* comme suit : MM. Kirmisson, Péan, A. Marchand, Blum, Desormeaux, Panas et Jaccoud.

Concours d'agrégation (*chirurgie et accouchements*). — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation. Séance du lundi 11 mars : MM. Carpentier, Castex et Nélaton : « Plaies de la vessie. »

Séance du mardi 12 : MM. Pollosson, Coppens et Villar : « Du retard et de l'absence de la formation du cal. »

— Un concours pour deux places d'interne en médecine aura lieu, à l'hôpital de Saint-Denis (Seine), le mercredi 20 mars 1889, à huit heures et demie du matin. — Les candidats doivent avoir seize inscriptions.

École pratique des Hautes-Études. — Les personnes qui désirent prendre part aux travaux du laboratoire de psychologie physiologique sont priées de s'adresser au laboratoire, tous les jours, de deux heures à quatre heures, excepté le jeudi; ou les mêmes jours, de dix heures à onze heures du matin, chez M. Beaunis, directeur du laboratoire, 58, rue de Courcelles. — Le laboratoire se trouve dans la nouvelle Sorbonne, au premier étage, entrée par le chantier de la rue Saint-Jacques, près de la rue des Écoles.

— Le service médical de l'Exposition de 1889 est ainsi composé :

M. le docteur Moizard, médecin en chef; MM. les docteurs Audigé, Balme, Benoît de Martouret, Beurnier, Bouttier, Cadet-Naudet, Colin (René), Costilhes, de Crésantigues, Devillers, Duboys de la Vigerie, Gauchas, Guillier, Hirtz (Hippolyte), Lafage, Lebreton, Lepage, Leriche, Leroux, Moutier, Petit, Quenu, Seailles, Tapret, Tripet, Trousseau, Weil (Julien).

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur L.-J. Lefranc, ancien médecin de la manufacture des glaces de Saint-Gobain, décédé à Chauny, le 12 mars 1889, dans sa soixante-deuxième année.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Anomalies de la force expultrice

Par le docteur FOURNEL.

Les contractions utérines sont : insuffisantes, irrégulières ou exagérées.

### DES CONTRACTIONS INSUFFISANTES.

Les contractions sont insuffisantes quand elles ne peuvent triompher des résistances normales dans le temps normal. Il existe des limites extrêmes, en deçà desquelles on ne saurait dire que le travail est prolongé. Ce sont : 24 heures si l'on embrasse tous les accouchements, et 36 heures s'il s'agit des primipares.

Le travail est prolongé :

1° Parce que les résistances sont exagérées. Cette catégorie comprend toute la dystocie et ne saurait nous occuper ici.

2° Le travail est prolongé, avec des résistances normales, parce que la force expultrice est insuffisante ou irrégulière.

Les causes générales de cette insuffisance sont : le grand embonpoint, la débilité due à la misère, aux privations, aux maladies antérieures, les émotions (arrivée du médecin ou d'un assistant antipathique); enfin, la douleur causée par une maladie (hernies).

Les causes utérines sont : les *dégénérescences* graisseuse, tuberculeuse, cancéreuse, un fibrome intercalé dans le parcours des fibres utérines, les *inflammations*, endométrite; la *distension* exagérée, hydramnios, grossesse gémellaire, volume excessif du fœtus. La *fatigue du muscle* retentira sur la seconde période lorsque la première aura été prolongée et les membranes rompues trop tard.

*Symptômes.* — Deux catégories : 1° Accouchements lents, mais se terminant spontanément. Les contractions sont d'une faiblesse s'associant à leur espacement considérable, la douleur est agaçante et ne réapparaît que trois ou quatre fois dans une heure. Le col s'ouvre peu, la poche ne bombe pas, les os du crâne ne chevauchent pas. Chez ces femmes, on ne trouve aucun symptôme général. On est rassuré par le pouls de la mère et le cœur de l'enfant.

2° Dans une autre catégorie, l'intervention est nécessaire sous peine de danger pour la mère ou l'enfant. Au lieu que l'expulsion finisse par avoir lieu, on observe le ralentissement, puis la disparition des battements cardiaques, l'issue du méconium ; et, du côté de la mère, de l'altération des traits, sécheresse de la langue, vomissements, élévation de température, agitation, anxiété, etc.

La chaleur du vagin et l'écoulement jaune fétide indiquent qu'il existe

des compressions fâcheuses; elles seront plus tard la cause d'eschares, hémorrhagies et fistules. Si vous n'intervenez pas encore, il surviendra du ballonnement du ventre, demi-délire ou demi-stupeur et mort.

*Pronostic.* — Pour la mère, redouter les conséquences de la fatigue prolongée, de la privation de sommeil et aussi les accidents dus à la putréfaction si le fœtus est mort.

Pour le fœtus, pronostic absolument bénin, tant que les eaux ne sont pas écoulées, et par bonheur, pour que les eaux s'écoulent, il ne suffit pas que la poche des eaux soit rompue; lors de la présentation du sommet, la tête fait tampon sur l'orifice du col, et, grâce à ce mécanisme, la plus grande partie du liquide amniotique reste dans l'utérus, la circulation fœto-placentaire ne souffre pas; on connaît de nombreux cas de survie du fœtus après la rupture de la poche. Une fois les eaux écoulées, le fœtus est en danger de mort.

Pendant la période de délivrance, le retard dans l'expulsion du placenta détermine des hémorrhagies que nous aurons à étudier à l'article « *délivrance artificielle* ».

*Diagnostic.* — Il y a deux points à élucider : s'agit-il d'insuffisance des contractions? peut-on en espérer la terminaison spontanée?

1° Pour pouvoir dire qu'il y a insuffisance primitive des contractions, il faut examiner : *a*, s'il n'existe aucun obstacle pathologique dans le canal, soit dans le bassin (rétrécissements), soit au niveau du col (rigidités), soit des tumeurs voisines (kystes de l'ovaire, balles fécales dans le rectum, s'il y a de l'urine dans la vessie); — *b*, si, du côté du fœtus, il n'y a pas de présentation anormale, position postérieure ou volume excessif. En l'absence de tout obstacle, on est autorisé à conclure à une insuffisance des contractions.

2° Peut-on espérer la terminaison spontanée? Nous avons déjà dit à quel état de la mère ou de l'enfant on reconnaît la nécessité de l'intervention : dans ces cas, on n'a pas le droit d'attendre la terminaison spontanée. Mais, cet état fût-il parfait de part et d'autre, il est bien évident que, si les contractions vont en s'espaçant de plus en plus, puis disparaissent complètement, tout espoir de résultat est perdu; ajoutons qu'il y a danger pour la mère à laisser la tête fœtale dans le vagin.

Le traitement varie avec chaque période. Avant la rupture de la poche, il faut savoir attendre; si le travail durait depuis très longtemps, on serait autorisé à suspendre pendant quelques heures les contractions au moyen des lavements laudanisés, pour procurer un peu de repos à la femme. La rupture artificielle de la poche, avant que la dilatation soit complète, ne nous semblerait un procédé justifiable que dans le cas où l'hydramnios serait la cause des mauvaises contractions.

Une fois la poche rompue, si la dilatation est complète, on appliquera le forceps; si elle ne l'est pas, afin de l'obtenir, on excitera la contraction utérine, rejetant, avec le seigle ergoté, tous les médicaments ocytociques, comme dangereux, sauf exception, peut-être, pour le sulfate de quinine, ayant peu de confiance dans les pressions exercées à travers la paroi abdominale sur l'utérus (expression de Kaisteller), dans l'introduction d'une bougie à travers le col, dans la station debout prolongée, — considérant l'électrisation de l'utérus comme un moyen peu pratique, — vous aurez de préférence recours à l'irrigation chaude prolongée; pour faire cette irrigation, employez un liquide antiseptique élevé à une température de 48 à 50°;

introduisez la canule de l'irrigateur dans le col; prolongez l'irrigation pendant vingt à trente minutes; recommencez toutes les trois heures.

Si l'on n'a pas réussi à exciter suffisamment les contractions pour ouvrir le col, on pourra songer alors à faire la dilatation artificiellement; on emploiera, dans ce but, des ballons de caoutchouc de dimensions croissantes (sacs-violons de Barnes). On évitera ainsi les incisions du col, qui peuvent avoir des conséquences fatales.

L'enfant étant expulsé, craindre une hémorrhagie de la délivrance par inertie.

DES CONTRACTIONS IRRÉGULIÈRES.

C'est un état par lequel certains utérus sont non seulement incapables d'expulser un fœtus dans des conditions normales, mais encore ont une tendance à la contracture et à la rétraction spasmodique.

Nous avons deux espèces de contractions : 1° celles dont l'élément perverti est la *marche;* 2° celles dont l'élément perverti est le siège.

1° Les premières sont presque spéciales aux primipares. Ce qui est remarquable dans cette espèce, c'est le contraste entre l'intensité des phénomènes fonctionnels et le peu de progression des signes physiques. Les douleurs sont continuelles, sans intervalles de repos franc; de temps en temps survient une douleur excessive, la femme se plaint de crampes dans les reins, les cuisses et tout le ventre. Il y a céphalalgie, vertiges, syncopes, quelquefois convulsions et élévation de température.

*Signes physiques.* — Le travail ne fait aucun progrès. Par le palper, on constate que l'utérus est continuellement contracté (tétanie). Au toucher, les parties sont chaudes, douloureuses au simple contact, les membranes ne bombent pas. Aucune impulsion n'est donnée au fœtus.

2° *Contractions perverties selon le siège.* — Dans cette espèce, la marche est normale, il y a du repos, mais la contraction n'est pas générale et, selon qu'elle siège sur le corps utérin ou sur le col, on a les espèces suivantes : stricture ou étranglement de l'utérus, rigidité spasmodique du col.

La *stricture* se manifeste : 1° au niveau de l'orifice interne; au moment du passage de la tête cet orifice se rétracte et embrasse le cou du fœtus, comme la boutonnière le bouton double de chemise; 2° au niveau de l'orifice externe, c'est ce que les auteurs ont l'habitude de décrire dans un chapitre spécial sous le nom de « *Rigidité spasmodique du col* ».

*Causes.* — Les femmes nerveuses paraissent prédisposées; mais l'influence des causes déterminantes est bien plus grande. En première ligne, cet état est le résultat le plus direct de l'administration du seigle ergoté; il peut tenir aussi à des manœuvres intempestives sur le col et même sur le corps : tentatives de version ou de forceps, de dilatation, de délivrance hâtive; abus du toucher, frictions exagérées. Le refroidissement et le rhumatisme utérin ont sans doute beaucoup moins d'importance.

Le pronostic dépend de l'époque à laquelle cet accident survient soit pendant la dilatation, l'expulsion ou la délivrance. Pendant la dilatation il est bénin, et n'est pour la femme qu'une cause de fatigue ; pendant l'expulsion, le fœtus est en péril ; pendant la délivrance, c'est un danger de rétention du placenta (voir délivrance articielle).

*Traitement.* — Il faut absolument rejeter la saignée qui provoque de graves syncopes, l'extrait de belladone qui a causé des empoisonnements et toute tentative manuelle de dilatation. Vous pourrez employer les bains

et les injections émollientes, les lavements de camomille et de valériane, les opiacés pour le tube digestif, sous la peau ou en lavements laudanisés mais sans toutefois compter beaucoup sur des résultats sérieux. Tandis que ce qui vous sera réellement utile pour obtenir la cessation des phénomènes tétaniques consistera en lavements de chloral et inhalations de chloroforme.

DES CONTRACTIONS EXAGÉRÉES

Les contractions sont exagérées lorsqu'elles triomphent de résistances au moins normales dans un temps plus court que le temps normal.

*Causes.* — Comme on rencontre ce phénomène chez les femmes frêles et délicates plutôt que chez les robustes, on a pensé que c'était plutôt, non pas à la constitution qu'on devait l'attribuer, mais à l'état de l'utérus, au développement excessif de ses fibres musculaires ; et cet état s'associerait à des règles abondantes et douloureuses tous les mois. C'est fort contestable ; le seul renseignement que nous aurons sur la prédisposition consistera dans les commémoratifs héréditaires et personnels (accouchements antérieurs). Ces contractions s'observent surtout dans les états pathologiques graves : scarlatine, variole, rougeole, pneumonie ; lorsque le bassin est vicié, la nature, a-t-on dit, semblant, dans ce cas, proportionner l'effort à la résistance à vaincre ; et sous l'influence morale de la proposition du forceps.

*Symptômes.* — Vers le milieu ou au terme de la période de dilatation, les contractions se rapprochent énormément ; elles sont, en même temps, plus intenses et plus douloureuses. Le toucher fait constater que le travail progresse avec une rapidité extraordinaire : la dilatation, encore insuffisante, est suppléée par une rupture du col, la partie fœtale s'avance avec tant de rapidité que le périnée se déchire. L'enfant, projeté brusquement, peut rompre le cordon, décoller prématurément le placenta, ou être cause d'inversion de l'utérus. Si ces accidents ne se sont pas produits, l'utérus reste inerte et comme stupéfié, ce qui expose la femme à de graves hémorrhagies et à la syncope.

L'enfant, dit-on, peut être blessé par projection brusque sur le sol. En dehors de cela, il vient souvent à l'état de mort apparente, le cordon ayant été comprimé trop violemment pendant le travail, et, si le bassin était vicié, il présente sur la tête des dépressions, des fissures et même des fractures.

Un peu d'attention suffirait pour discerner de l'anomalie des contractions qne nous venons d'étudier, le cas d'un accouchement rapide parce que les résistances sont faibles et malgré que les contractions soient parfaitement normales.

Le traitement prophylactique conseillé par quelques auteurs (repos avant l'accouchement) n'aura pas lieu, le plus souvent, d'être appliqué. Pendant l'accouchement, dès que les contractions sont reconnues trop fortes, mettre la femme au lit dans le décubitus dorsal ; ce n'est qu'à la fin qu'il pourrait y avoir avantage à se servir du décubitus latéral, si l'on estime cette situation plus utile pour la surveillance du périnée.

On enlèvera tout point d'appui, on recommandera de ne pas pousser ; on ménagera les membranes, et on administrera, de préférence cette fois, au chloroforme et au chloral, la morphine en injections hypodermiques ou le laudanum par lavements de 20 gouttes dans 60 grammes d'eau. Au moment de l'expulsion, on soutiendra l'utérus avec les doigts, s'il tend à faire procidence. S'il y a prolapsus de la matrice, on appliquera un bandage en T,

dont une partie sera huilée et percée d'un orifice par lequel le fœtus puisse passer.

Dans tous les cas, on s'opposera au passage trop brusque de la tête. Au moment de la délivrance, songer à l'inertie utérine pour la surveiller et parer à l'hémorrhagie.

Pendant les suites de couche, maintenir la malade au lit pendant un temps prolongé, car l'involution utérine semble être plus longue.

---

## Anomalies vaccinales

Par le docteur Commenge (1).

### VII

### ANOMALIES VACCINALES OBSERVÉES DANS LE IVe ARRONDISSEMENT DE PARIS

Le 27 juillet 1882, une vive émotion régnait dans la salle de vaccination de la mairie du IVe arrondissement de Paris.

Les quatorze enfants, qui avaient été vaccinés le 20 juillet précédent, présentaient, presque tous, des accidents bizarres. Les boutons résultant de la vaccination étaient de forme peu régulière, avec un aspect louche; ils étaient accompagnés d'accidents inflammatoires anormaux; quelques-uns présentaient de la suppuration, et chez plusieurs des enfants il existait aux bras de véritables plaies.

Les mères de famille étaient très anxieuses et disaient assez vivement qu'on avait inoculé du mauvais vaccin.

Plusieurs médecins, qui étaient venus, ce jour-là, pour recueillir du vaccin, prononçaient, à voix basse, le mot de syphilis.

Le médecin, chargé de la vaccination le 27 juillet, jugea prudent de ne prendre du vaccin chez aucun de ces enfants.

Les jours suivants, on disait volontiers, de proche en proche, dans le quartier, qu'on avait inoculé la syphilis. Cette rumeur aurait été en grandissant si la municipalité n'avait résolu de faire étudier les accidents survenus et de faire observer ceux qui pouvaient se produire. Le maire du IVe arrondissement voulut bien me charger de cette mission délicate et très intéressante au point de vue scientifique.

Je m'empressai tout d'abord, de visiter l'enfant vaccinifère et trois des enfants suspects. Dès ces premières visites, il me fut possible de rassurer le maire et d'affirmer qu'il n'y avait rien de syphilitique dans les accidents observés. L'examen des autres enfants ne fit que confirmer mes premières impressions. J'ai suivi, avec la plus grande attention, les enfants vaccinés. Il est nécessaire de faire connaître, en détail, les manifestations qui se sont produites sur l'enfant vaccinifère et sur les enfants vaccinés.

Voici, par ordre, l'histoire de chacun de ces enfants, en commençant par l'observation de l'enfant vaccinifère.

Observation I. — L'enfant Bertrand (Blanche), enfant vaccinifère, née le 20 juin 1882, demeure rue Saint-Martin, n° 85.

Elle est vaccinée, une première fois, sans succès le 6 juillet.

Vaccinée de nouveau le 12 juillet, elle présente trois boutons de vaccine à chaque bras. Ces boutons servent à donner du vaccin le 20 juillet.

---

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 février et 5 mars 1889.

Le médecin chargé de la vaccination, le 20 juillet, ne remarque rien de spécial, et avec le vaccin de cette petite fille, il inocule 14 enfants. Je visite cette enfant le 4 août, c'est-à-dire seize jours après qu'elle a fourni du vaccin.

Les bras sont très rouges et tuméfiés; la cicatrisation est à peu près complète au bras gauche, où il n'existe plus d'induration; au bras droit, un des boutons n'est pas encore cicatrisé et il y a un peu d'induration.

Il n'existe aucune trace de syphilis. La mère me raconte que, le lendemain du jour où son enfant a servi à donner du vaccin à la mairie, il s'est produit une inflammation phlegmoneuse des deux bras, de telle façon que les boutons de vaccin étaient réunis et formaient sur chaque bras une large plaie qui a suppuré abondamment; une induration générale occupait toute la surface enflammée, ainsi que les parties voisines.

On a porté l'enfant à la consultation de l'hôpital des Enfants, où on a prescrit des applications d'onguent Canet sur les bras.

La constitution de cette enfant est lymphatique; avant la vaccination, cette petite fille avait un écoulement très marqué derrière les oreilles; cet écoulement a été en s'affaiblissant à mesure que l'inflammation des bras augmentait, et il a cessé pendant toute la période de suppuration des bras.

*Remarques.* — Ce qui ressort, tout d'abord, de cette observation, c'est qu'il n'y a pas de traces de syphilis. On se trouve en présence d'une enfant lymphatique qui fournit du vaccin au moment où une poussée inflammatoire se produit du côté des bras; le vaccin fourni est, du reste, au neuvième jour, car l'enfant a été vaccinée le 12 juillet et n'a donné du vaccin que le 20; c'est du vaccin pris dans de mauvaises conditions, et il est probable qu'en inoculant le vaccin, on a inoculé, en même temps, quelques gouttelettes de pus.

Le médecin vaccinateur m'a affirmé que la lancette dont il s'était servi était très propre et ne pouvait pas être cause des accidents survenus.

Obs. II. — L'enfant Bilhler (Antoinette), âgée de 5 semaines, qui habitait, 14, rue Pierre-au-Lard, est, maintenant, 71, rue Sedaine, dans le XI$^e$ arrondissement. J'ai visité cette enfant le 5 août, c'est-à-dire dix-sept jours après la vaccination.

Au bras gauche, il n'y a eu qu'une inoculation qui ait pris; le bouton qui s'est développé a déterminé une inflammation phlegmoneuse du bras, avec suppuration abondante; il ne reste plus, au moment de ma visite, qu'une croûte cicatricielle.

Au bras doit, il y a eu seulement deux boutons sur trois inoculations; ces deux boutons, très rapprochés, ont fourni un phlegmon avec induration du bras. Le 5 août, la cicatrisation est à peu près terminée; il ne reste plus qu'une croûte épaisse qui se détachera dans quelques jours.

Sous l'influence de l'application de cataplasmes de fécule de pommes de terre, l'induration phlegmoneuse a notablement diminué; il ne reste plus qu'une très légère induration dans le voisinage des boutons.

*Remarques.* — Trois inoculations sur six ont donné un résultat; mais les boutons de vaccin qui se sont développés se sont transformés en phlegmons avec suppuration. Les phénomènes inflammatoires se sont montrés, dès les premiers jours, avec violence. Rien de semblable ne se produit après les inoculations syphilitiques. L'induration syphilitique est limitée au pourtour et à la base des plaies; ici, au contraire, l'induration est généralisée et s'étend à tout le bras; elle cède progresssivement sous l'influence des émollients. Il n'y a donc aucune analogie avec ce qui a lieu pour la syphilis.

Obs. III. — Bloum (Eugénie), âgée de 6 mois, qui demeurait, n° 4, rue des Tournelles, au moment de la vaccination, est maintenant dans le XI$^e$ arrondissement, rue Saint-Sabin, n° 50.

Les six inoculations vaccinales ont donné six boutons de vaccin.

Les trois boutons de vaccine développés au bras droit n'ont présenté rien d'anormal.

Au bras gauche, sur trois boutons, il y en a eu un qui a été accompagné d'une rougeur abondante avec gonflement des parties voisines; il s'est formé une plaie creusée profondément qui a fourni beaucoup de pus.

Je n'ai rencontré cette enfant que le 11 août : elle est très pâle, alors qu'elle avait de vives couleurs au moment de la vaccination; elle est bien développée et ses deux frères, qui ont 3 et 4 ans, sont très forts et très beaux.

Le bouton vaccinal, qui suppure encore (vingt-troisième jour après la vaccination), est recouvert d'une croûte qui a 2 centimètres de diamètre, et, sous cette croûte, on sent du pus.

Il n'existe pas d'induration autour du bouton.

Dans l'aisselle gauche, je constate un ganglion qui a le volume d'une noisette.

Il existe aux jambes des boutons, petits, d'aspect rougeâtre, mais ne présentant aucun caractère spécifique.

6 septembre (49e jour après la vaccination). — Cette enfant a le teint toujours fort pâle. Il existe toujours aux jambes de petits boutons rouges qui sont le point de départ de petits furoncles; il y a deux gros furoncles à la cuisse droite.

Les boutons siègent seulement sur les membres inférieurs; il n'y en a pas sur les autres parties du corps.

Le point caractéristique de cette observation, c'est le développement anormal d'un des boutons de vaccin, alors que les cinq autres ne présentent rien d'extraordinaire. Comment le même vaccin a-t-il pu donner sur le même enfant cinq boutons de bonne nature et un bouton qui a dégénéré en ulcère phlegmoneux? L'explication la plus naturelle c'est que, dans les cinq boutons réguliers, il y a eu inoculation seulement de virus vaccin, et que, pour le sixième, on a dû inoculer du pus, en même temps que du vaccin.

Le bouton anormal s'est développé rapidement et a été accompagné de phénomènes inflammatoires très aigus. Il n'y a rien de pareil dans la marche du chancre. Dans l'ulcère syphilitique, il y a de l'induration à la base de la plaie; rien de pareil ne s'est produit ici. Avec le chancre, on ne rencontre pas la suppuration abondante observée dans ce cas. Le ganglion unique observé dans l'aisselle ne ressemble en rien à la pléiade ganglionnaire qui accompagne les accidents syphilitiques. Quant à l'éruption qui est survenue sur les membres inférieurs, elle n'a présenté aucun caractère spécifique; c'est une éruption furonculeuse.

Il n'y a donc, dans cette observation, rien qui autorise à admettre la transmission de la syphilis par le vaccin; mais il ressort de ce fait que la constitution de cet enfant a été influencée par une vaccination où il n'y a pas eu que du vaccin inoculé. *(A suivre.)*

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 mars. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Traitement des entorses. — Déformations des projectiles. — Rupture de l'uretère. — Traitement des calculs biliaires. — Opération césarienne.

M. Chauvel fait un rapport sur un mémoire de M. Durand relatif au traitement des entorses et fractures péri-articulaires par l'eau chaude. La température de l'eau doit

atteindre 45, 46 et même 50°. Les résultats sont rapides et l'épanchement articulaire est résorbé en quelques jours. On peut se demander si ce traitement est supérieur au traitement classique : compression et massage.

M. Chauvel fait encore un rapport sur une observation de M. Gripat (d'Angers), qui a enlevé de la cuisse d'un homme la balle d'un fusil de guerre. Le projectile est très aplati et cette déformation est due à la pression des tissus qui en ont rayé la surface.

— M. Tillaux résume une observation de rupture de l'uretère envoyée par M. Chaput. A la suite d'un coup violent dans le flanc droit, le blessé vit se développer dans la région lombaire une tumeur douloureuse qui occupa ensuite la fosse iliaque et s'étendit dans tout l'espace compris entre les fausses côtes et les os du bassin.

Une ponction exploratrice ayant donné issue à un liquide rosé, on crut à un épanchement séro-sanguin et le chirurgien se décida à inciser la tumeur. Dans des tentatives de décollement, le péritoine se déchira et on incisa la masse grosse comme une tête d'enfant. Il en sortit du liquide rosé, mais mélangé de matières fécales; on avait donc ouvert le cœcum, qui, après examen, est reconnu comme étant perforé à sa partie postérieure. L'ouverture artificielle et la perforation sont suturées, et l'on trouve derrière le côlon un foyer considérable comprenant un liquide offrant l'apparence de l'urine. Après nettoyage de la poche, l'opération fut terminée et le malade guérit, mais avec une fistule urinaire et stercorale. Enfin, M. Chaput pratiqua la néphrectomie, qui fut suivie de guérison définitive.

— M. Terrillon lit une observation de M. Latouche (d'Autun) sur le traitement des calculs biliaires. Il s'était développé, dans le ventre d'une femme atteinte de coliques hépatiques, une tumeur de l'hypochondre droit. La laparotomie permit de reconnaître que cette tumeur était formée par la vésicule biliaire adhérente au péritoine. Après son ouverture, il en sortit 84 calculs; elle fut lavée et suturée à la paroi. Deux mois après l'opération, la malade mourut d'accidents hépatiques.

Il ressort de l'observation que la vésicule biliaire ne dépasse pas la ligne médiane même dans les cas d'énorme distension et, d'autre part, qu'elle peut s'oblitérer complètement, bien que renfermant des calculs et du liquide.

La malade a dû succomber à l'oblitération par un calcul du canal cholédoque.

M. Terrier fait remarquer qu'après l'oblitération du canal cystique il peut se former, dans la vésicule, des collections liquides muqueuses dont on guérit les malades facilement. Quand la vésicule est adhérente à la paroi, l'opération est plus difficile. Quelquefois il arrive malheureusement que la vésicule continue à communiquer avec le reste de l'appareil biliaire, ce qui fait que l'intervention est suivie de fistules.

— M. Jalaguier rapporte un cas personnel où il ne trouva dans la vésicule qu'un liquide muqueux; cependant, le lendemain, la bile était appparue. Il y avait probablement une oblitération transitoire du cholédoque.

— M. Bouilly rapporte un cas d'opération césarienne qu'il vient de pratiquer avec succès. La malade, dans une première grossesse, avait dû être délivrée par la céphalotripsie. Malgré des recommandations pressantes elle ne vint, pour une seconde, qu'à la fin de la gestation. Le bassin était rachitique et le diamètre promonto-sous-pubien ne présentait que 6 centim. 1/2, les autres étant 24 centim. 1/2, 16 centim., 14 centim. Le col était mou, dilatable, la tête du fœtus dans la fosse iliaque droite, et le travail n'étant pas commencé, ce que M. Bouilly regarde comme une circonstance favorable, l'opération fut décidée.

La malade fut préparée par toutes les précautions antiseptiques désirables et une incision de 18 centimètres faite sur la ligne médiane. L'utérus se présenta de lui-même faisant pour ainsi dire saillie au dehors, et on y fit une incision de 16 centimètres qui permit d'extraire un enfant vivant du sexe féminin pesant 3 kilog. 400 gr.; le placenta et les membranes furent enlevés facilement et une petite hémorrhagie arrêtée par l'ergotine et le lavage de l'utérus à l'eau bouillie; du reste la rétraction de l'organe fut très rapide. M. Bouilly plaça des sutures profondes au fil d'argent ne comprenant

pas la muqueuse et des sutures superficielles au fil de soie; puis, pour éviter une nouvelle grossesse, lia les trompes comme on lie un vaisseau artériel. L'opérée guérit sans accidents.

M. Guéniot remarque avec plaisir que, comme il l'a recommandé, M. Bouilly a opéré hors du ventre, cela évite la toilette du péritoine. Par contre, il croit que 16 centimètres d'incision sont trop; plus on coupe d'utérus, plus la rétraction est difficile, plus l'hémorrhagie est à craindre, surtout si l'on arrive sur le placenta, ce qu'on n'est jamais sûr d'éviter.

Il pense que 12 à 13 centimètres suffisent et qu'il n'y a pas de danger d'étranglement du fœtus. L'injection d'ergotine agit lentement, vingt à vingt-cinq minutes; aussi pourrait-on peut-être imiter la conduite de M. Closmadeuc qui les faisait quelques minutes avant d'opérer.

M. Marchand a fait l'opération césarienne pendant le travail sur une femme chez laquelle l'accouchement était rendu impossible par la présence d'un sarcome utérin. Une hémorrhagie de la face interne de l'organe ne put être combattue que par un tampon de glace. La malade mourut, le troisième jour, de péritonite septique; les sutures de l'utérus avaient été faites au catgut et un point avait cédé.

M. Bouilly répond à M. Guéniot qu'il n'a eu aucun mérite à opérer hors du ventre, car 'utérus s'est énucléé de lui-même.

Il ne craint pas énormément les hémorrhagies, étant donnés les moyens hémostatiques dont on dispose actuellement. C'est ainsi qu'il s'était muni d'un tube de caoutchouc qu'il aurait placé sur la partie inférieure de l'utérus pour l'étreindre si l'hémorrhagie avait été menaçante.

M. Marchand aurait peut-être évité l'accident qu'il a rapporté s'il avait multiplié les points de suture.

— M. Berger montre un râtelier qu'une femme avait avalé pendant son sommeil et qui a été rendu par les voies naturelles au bout de dix-huit jours.

M. Le Dentu a enlevé de l'œsophage un râtelier qui se trouvait à 27 centimètres. En voulant le pousser dans l'estomac, il l'a fait sortir par la bouche.

— M. Jalaguier présente une amande qui est restée cinq jours dans la bronche droite d'une femme de cinquante-huit ans. Il fit la trachéotomie, dilata la trachée et put saisir le corps étranger qui fut retiré dans un accès de suffocation qui le fit remonter. Ces accès avaient nécessité l'intervention.

— M. Chaput présente un malade auquel il a fait avec un bon résultat fonctionnel l'opération de Mickulicz pour une arthrite tuberculeuse de l'articulation du cou-de-pied. L'opéré marche sur la face plantaire de ses orteils qui sont en extension forcée.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX (1)

**Séance du 7 mars 1889. — Présidence de M. Dumontpallier.**

M. Hayem relate l'observation d'une malade atteinte d'hémoglobinurie paroxystique, dont il a déjà entretenu la Société.

Sous l'influence de la température qui régnait en décembre, et qui était au-dessous de 0°, les urines rendues ressemblaient absolument, au vin de Malaga. Elles étaient donc pathognomoniques. Les accès ont reparu. Ils sont de deux sortes. Lorsque la température extérieure est de 8 à 10° au-dessus de 0°, le séjour à l'air s'accompagne seulement d'une crise d'albuminurie paroxystique, accompagnée ou non d'une très légère hématurie. Lorsque, au contraire, la température extérieure est voisine de 0°, les grands accès d'hémoglobinurie se déclarent au bout d'une heure à une heure et demie d'expo-

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 14 mars 1889.

sition à l'air. On dirait d'un violent accès de fièvre intermittente. Les urines sont alors jus de pruneaux.

M. Hayem a examiné avec soin le sang et les urines au cours de ces grandes crises. Le sang laisse sourdre, après la coagulation, un sérum rouge-cerise laqué, assez foncé. Le phénomène s'observe également, il est vrai, dans les intervalles des accès, mais il est alors beaucoup moins marqué. Il a constaté aussi que le sérum était, actuellement, teinté dès le début de sa séparation d'avec les caillots, tandis qu'il lui avait paru, lors de ses premiers examens, avoir sa coloration normale à ce même moment.

Mais il existe, en outre, un fait qui a une grande importance dans la question. Quand l'accès est à son apogée, le sang obtenu par une petite prise se coagule rapidement, peut-être plus rapidement qu'à l'état normal. Puis, déjà au bout de 3/4 d'heure (dans une chambre à la température de 16 à 17°), le caillot laisse transsuder du sérum. Mais après un temps court (4 heures), le caillot est complètement redissous. Le sang contenu dans l'éprouvette est nettement séparé en deux couches d'épaisseur à peu près égale et formées, l'inférieure par les globules rouges précipités et tassés, la supérieure par le sérum rouge-cerise. Si on agite, les deux couches se mélangent, et on constate que le sang est absolument liquide. Il reste tel jusqu'à putréfaction. En dehors des crises d'hémoglobinurie, le caillot se comporte comme celui de toute saignée.

Cette redissolution n'aurait jamais été signalée chez l'homme en dehors de l'hémoglobinurie.

Relativement aux urines pendant les crises, leur examen a donné les mêmes résultats qu'autrefois. Dans les premières gouttes excrétées — en ayant soin de les retirer avec une sonde — on trouve un petit nombre de globules rouges, tandis que dans les urines rendues ultérieurement on ne constate que de l'hémoglobine parfaitement dissoute, sans trace de stromas globulaires. Dans les deux cas il y a, en outre, une proportion sensible de méthémoglobine. La transformation de l'hémoglobine en méthémoglobine a donc lieu avant l'arrivée de l'urine dans la vessie.

Quelles indications peut-on tirer de ces faits relativement à la nature de l'hémoglobinurie paroxystique ?

Ils confirment M. Hayem dans son opinion première, à savoir que l'hémoglobinurie n'est pas le résultat d'une hémoglobinhémie, mais bien un processus en quelque sorte étranger au sang circulant, et se produisant uniquement *in vitro*, pendant la rétraction du coagulum. En effet, si la dissolution de l'hémoglobine dans le sang existait, elle serait constante, puisque le sérum est coloré dans l'intervalle des accès de même que pendant leur cours. Or, chez les animaux, si on injecte dans le sang une certaine quantité d'eau distillée, on obtient, sinon une hémoglobinurie, du moins une hémoglobinhémie. Celle-ci se traduit par la production d'un sérum rouge-cerise laqué, analogue à celui des malades atteints d'hémoglobinurie paroxystique. Cet état du sérum dure un temps variable, suivant la quantité d'eau injectée, mais guère au-delà de 48 heures. Il est donc passager. L'hémoglobine, libérée des hématies, est donc assez rapidement éliminée du plasma, soit parce qu'elle est reprise par certaines sécrétions, soit parce qu'elle est détruite.

Pour qu'il y eût constamment dans le sang de l'hémoglobine dissoute, il faudrait que le processus de dissolution des hématies fût sans cesse en activité. Mais s'il en était ainsi, il en résulterait une usure très exagérée des globules rouges, et, par suite, une anémie rapide et progressive. Or, chez les malades, l'anémie est simplement proportionnelle aux décharges d'hémoglobine par les urines. Il suffit qu'ils évitent les crises, en restant dans une atmosphère chaude, pour qu'il n'y ait pas de déglobulisation appréciable, ou même pour que le sang se répare complètement.

En second lieu, pour que l'on pût expliquer l'hémoglobinurie par l'hémoglobinhémie, il faudrait qu'il y eût une différence nettement accusée entre la coloration du sérum pendant les accès et dans leurs intervalles. Or, cela n'est pas.

Enfin, — et c'est là, non plus un raisonnement, mais une preuve directe — on constate nettement la dissolution d'un certain nombre de globules rouges dans le sang pur examiné au microscope.

Mais si le sang de la malade n'est pas hémoglobinhémique, il est sûrement très altéré.

Cette altération ne portant pas sur les éléments anatomiques, il est logique d'admettre qu'elle atteint le plasma et doit être de nature chimique. Elle s'est, d'ailleurs, traduite par la redissolution rapide du caillot sanguin, phénomène semblant indiquer que la modification du sang se fait sentir sur les matières albuminoïdes qui concourent à la formation de la fibrine.

On pouvait se demander si l'altération du sang des hémoglobinuriques n'était pas le résultat d'un processus microbique. Les recherches ont été infructueuses à ce point de vue, mais on sait que les germes de bien des maladies microbiennes nous échappent encore, probablement par insuffisance de notre technique.

M. Hayem termine sa communication en maintenant l'opinion qu'il a exprimée antérieurement sur la participation active des reins dans les altérations présentées par les malades hémoglobinuriques au moment des accès.

M. Millard ayant demandé si la malade qui avait été considérée au début comme pouvant être syphilitique l'était réellement, M. Hayem répond qu'il avait d'abord soupçonné la syphilis à cause de l'existence d'un impétigo douteux, et surtout par la présence de ganglions légèrement engorgés derrière le sterno-mastoïdien. Mais le traitement spécifique n'a pas donné de résultats, et les ganglions persistent toujours. Aussi est-il persuadé maintenant qu'il n'y a pas de syphilis.

— M. Gérin-Roze communique l'observation d'une jeune fille de seize ans, mordue à la pommette gauche par un chien enragé, le 7 janvier dernier, soumise aux inoculations seize heures après la morsure et traitée à l'Institut Pasteur du 9 au 28 janvier. Elle dit avoir reçu quatre injections par jour les 9, 10, 11, 12 et 13 janvier, et une seule injection quotidienne du 14 au 28 janvier inclusivement.

Malaise général et progressif à partir du 1er février. Le 7, elle entre à Lariboisière. A partir du 8 au soir, délire, cris, hallucinations, convulsions généralisées, spasmes pharyngés, sputation, hyperesthésie extrême. Les liquides sont repoussés avec horreur. Mort quatorze heures après le début des convulsions.

Le bulbe a été remis à M. Chantemesse.

Un jeune garçon de dix ans a été mordu par le même chien, un jour avant la malade, et à la première phalange de l'index gauche. Il a été traité également à l'Institut Pasteur, et à partir de la neuvième heure après la morsure. Jusqu'à ce jour, il n'a rien présenté d'inquiétant.

## FORMULAIRE

### Pommade d'iodoforme — Gomez de la Mata.

| | |
|---|---|
| Iodoforme | 4 grammes. |
| Baume du Pérou | 8 — |
| Vaseline | 40 — |
| Essence de menthe | 8 gouttes. |

F. s. a. une pommade conseillée dans le cas d'ulcères syphilitiques, de psoriasis, d'eczéma et d'orchite. — On fait deux pansements par jour. — N. G.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. Hutinel, agrégé, commencera ses conférences de pathologie infantile le mardi 26 mars 1889, à trois heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Proust commencera son cours d'hygiène le mardi 26 mars 1889, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre) et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Straus commencera son cours de pathologie expérimentale et comparée le mercredi 20 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (Ecole pratique, 1er étage).

— M. le professeur Ch. Richet commencera son cours le samedi 30 mars 1889, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure.

Congrès français de chirurgie. — La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra à Paris, du 7 au 13 octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour :

I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales.

II. — Traitement chirurgical de la péritonite.

III. — Traitement des anévrysmes des membres.

*Extrait des statuts.* — I. Le Congrès français de chirurgie a pour but d'établir des liens scientifiques entre les savants et les praticiens nationaux ou étrangers qui s'intéressent aux progrès de la chirurgie.

III. Sont membres du Congrès tous les docteurs en médecine qui s'inscrivent en temps utile en payant la cotisation.

*Extrait du règlement.* — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésions au Secrétariat général et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre à souche, qui donne droit au titre de membre de la prochaine session.

(Adresser les cotisations à M. Alcan, éditeur, 108, boulevard Saint-Germain, à Paris.)

III. Les membres du Congrès qui désirent faire une communication sont priés de le faire savoir au secrétaire général trois mois avant l'ouverture du Congrès. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

(Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.)

Assurance mutuelle entre médecins. — Le jeudi 21 mars, sur la demande de la Société médicale du Louvre, MM. Lagoguey et Rondeau feront une conférence à la mairie du Ier arrondissement à huit heures du soir, sur la Société d'assurance mutuelle entre médecins.

— Le tribunal correctionnel vient de condamner à quinze jours de prison — et 2,000 francs de dommages-intérêts envers la Société de prévoyance des pharmaciens de Paris, plaignante et partie civile — M. Maurice Faurie, officier de santé, un spécialiste dont le nom, dans les vespasiennes, est transformé en celui de professeur Morisse.

Le professeur Morisse était prévenu d'avoir illégalement exercé la pharmacie en ouvrant, sous le nom d'un intermédiaire, à côté de son cabinet médical, une officine où étaient débitées les drogues par lui prescrites.

C'est la dixième contravention relevée à sa charge — et par conséquent la dixième condamnation prononcée contre lui. (*Gaz. des hôp.*)



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

### Le traitement de la neurasthénie. — Les dangers de l'emploi de l'antifébrine.

La neurasthénie est encore regardée par beaucoup de médecins allemands et français, sinon comme une entité, au moins comme un état morbide nécessitant un traitement particulier. Aussi croyons-nous devoir résumer les leçons que Ziemssen a récemment consacrées à cet intéressant sujet.

Dans la neurasthénie, dit-il, on a affaire à des constitutions en général bien conservées, souvent intactes, avec un état de faiblesse dans les centres d'innervation, non pas uniquement des centres de l'idéation, de la volonté et de la mémoire, mais aussi de la sensibilité et du centre automatique des réflexes et des fonctions d'arrêt. Cette faiblesse des fonctions est combinée avec un degré exagéré d'excitabilité pour les impressions extérieures à la suite desquelles les réactions provoquées par ces impressions influencent très anormalement les centres susnommés et, par suite, leurs manifestations fonctionnelles.

Le traitement doit donc à la fois calmer et fortifier le système nerveux pendant que, d'un autre côté, il doit simultanément écarter l'excitabilité anormale. Des « irritations » doivent donc être employées et par elles l'irritabilité doit être diminuée.

Ce postulatum qui paraît paradoxal est tout à fait bien rempli, quand on emploie des irritations douces, bienfaisantes, qui n'augmentent pas l'excitabilité, quand on habitue l'organisme avec précaution et progressivement à des irritations plus fortes. D'un autre côté, les irritations habituelles mauvaises tirées de l'anamnèse : inquiétudes de la vie journalière, travail exagéré, chagrins, agitations, soucis, difficultés de famille, sommeil troublé, excès, alcool, sont à bannir jusqu'à ce que le système nerveux ait repris assez de force pour les supporter sans inconvénient. On ne peut sûrement préserver des rechutes lors du retour si souvent inévitable aux conditions anciennes.

L'éloignement des conditions habituelles de la vie et le séjour dans des établissements qui sont appropriés spécialement au traitement de ces maladies et sont dirigés par des médecins sont indispensables dans beaucoup de cas, surtout dans les neurasthénies graves et enracinées, quand on veut obtenir un résultat.

Pour les cas plus légers, surtout les formes cérébrales pures, qui proviennent du surmenage et exigent avant tout du repos, on peut très bien les laisser en liberté et choisir comme séjour une station calme de montagne. L'isolement et le traitement d'établissement sont nécessaires pour les cas graves de la forme éréthique, avec constitution altérée, amaigrissement, insomnie, dyspepsie, état d'angoisse, Pour eux aucune cure en liberté ne peut être favorable, surtout si le malade continue la vie de famille habituelle. Beaucoup de cas s'améliorent au début dans la vie de famille; « l'irritation » de la nouveauté d'une cure agit pour quelque temps, et on se conforme au début aussi aux ordonnances. Mais bientôt l'une ou l'autre des prescriptions est modifiée à nouveau ou n'est pas du tout exécutée, les conseils diététiques sont violés et bientôt viennent aussi les résistances. Enfin la cure est exécutée seulement en partie par le malade, puis tout à fait cessée parce que « c'est un parti pris ».

On fait par conséquent bien dans son intérêt non moins que dans l'intérêt du malade d'entreprendre une cure sérieuse qui dans un établissement privé offre toutes les garanties pour une surveillance médicale conforme aux désidérata et pour une exécution certaine de toutes les prescriptions jusqu'aux plus petites.

Quand il n'y a pas de médecin dans la maison, les soins doivent être donnés par une garde intelligente et sûre et tous rapports avec l'entourage ou les connaissances interrompus. Tous les neurologistes expérimentés s'accordent pour donner la plus grande importance à cette interruption des relations avec le monde extérieur et pour regarder comme un facteur extrêmement utile pour le succès, une garde bien dressée jusque-là inconnue au malade. La méthode bien connue de Weir Mitchell qu'appliquent Charcot, Playfar, Burkart, etc., repose sur cette base. Le repos absolu de l'esprit donne rapidement du repos au système nerveux excité et adoucit aussi peu à peu l'excitabilité anormale. Avec ces conditions extérieures favorables les effets d'un traitement approprié psychique et somatique se laissent apercevoir facilement. Il faut poursuivre selon les indications individuelles le traitement avec une diète appropriée, le massage, l'électricité, l'hydrothérapie; le repos au lit a une grande importance pour les myélasthéniques graves et peut être prescrit sans difficultés.

La plupart des cas d'asthénie cérébrospinale n'exigent cependant pas nécessairement une séparation aussi absolue du monde extérieur; néanmoins beaucoup d'entre eux relèvent du traitement dans les établissements avec liberté limitée. Une certaine contrainte morale et un contrôle médical rigoureux ne sont pas seulement désirables, mais aussi nécessaires aux malades faibles de volonté. Ce qui démontre le mieux ce fait, c'est que beaucoup de malades sont plus tard peinés de quitter l'établissement, alors qu'au début ils s'y trouvaient très mal, et que lors de récidive ils le réclament aussitôt. L'appui certain que l'établissement et la surveillance médicale soigneuse prête à leur faible confiance en eux-mêmes, non moins aussi que l'action favorable immédiate de l'emploi des agents physiques, les attire toujours de nouveau, et tous conservent envers l'établissement, après guérison, un souvenir de reconnaissance.

Beaucoup de neurasthéniques n'ont pas besoin du traitement d'établissement, et n'en retireraient aucun bénéfice. Ce sont les natures usées par le travail qui menacent de succomber à un travail monotone, à des peines journalières répétées et ont leur faculté de résistance relativement affai-

blie sans être cependant altérés essentiellement dans leur constitution somatique et psychique. Ces neurasthéniques dont l'irritabilité est due à des fatigues physiques exagérées, mais paraît à celui qui ne cherche pas plus loin une bizarrerie insupportable, se rencontrent parmi les personnes vouées à l'enseignement, parmi les officiers, ainsi que chez les représentants de la finance et de l'industrie. Ces malades obtiennent, par un séjour prolongé dans les montagnes en été, ou sur les pentes méridionales des Alpes en automne et au printemps, une guérison rapide. La jouissance du grand air auquel ils ne sont pas habitués, un peu d'élévation d'altitude, la belle nature des montagnes, leur donnent de la satisfaction intérieure, un bon appétit et du sommeil; ils augmentent ensuite rapidement de poids et se sentent extraordinairement fortifiés par le sentiment du retour de leurs forces musculaires. Ces malades, quand cela est possible, doivent faire une telle cure de climat deux fois par an, au printemps après la fin du travail pénible de l'hiver, et à l'automne pour se fortifier en vue de ce travail. Par ce moyen, un cerveau lourd surchargé de travail inteltuel peut se maintenir en état de fonctionner.

L'élévation des montagnes n'a pas pour le succès l'importance qu'on lui attribue habituellement. Les vallées, élevées surtout du canton des Grisons, sont recherchées toute l'année par des milliers de neurasthéniques qui y vont tenter leur rétablissement, et, d'après l'expérience de Ziemssen, il n'y a aucun doute qu'à Pontrésina, Saint Moritz, on n'obtienne de très bons résultats; mais on observe pourtant aussi souvent ces résultats dans les lieux de cure de moyenne altitude, c'est-à-dire entre deux et trois mille pieds, comme il y en a tant dans les montagnes de Bavière, dans l'Oberland badois, en Tyrol et en Suisse. Pour le choix du lieu convenable, il faut que celui-ci ne soit pas enfermé dans une vallée étroite, mais soit plutôt libre, que de vastes points de vue soient faciles à atteindre, que le lieu de séjour ne soit pas trop silencieux, trop monotone et, enfin, que la cuisine soit bonne.

Pour les cures de printemps et d'automne, c'est à Etschthal, et surtout à Méran, que Ziemssen donne la préférence sur les établissements des lacs de la Haute-Italie et de la Riviera. Le vent de montagne plus intense, l'air habituellement frais qu'offre Méran en mars et avril, et dont les malades de poitrine se plaignent si souvent, est, pour les neurasthéniques, beaucoup plus actif que l'air énervant de l'Italie.

Chez les neurasthéniques qui ne peuvent quitter leur milieu, la cure doit être établie en ménageant leurs devoirs et leurs occupations domestiques, et on peut encore obtenir beaucoup avec de la bonne volonté des deux côtés.

Il est nécessaire, avant tout, d'individualiser. Dans aucune maladie, les différences individuelles dans les manifestations pathologiques ne sont aussi grandes dans la sphère intellectuelle et psychique que dans la neurasthénie. On doit étudier chaque cas particulier expressément pour apprendre à connaître ses caractères individuels, et on y arrive surtout par une anamnèse exacte qui, par le récit des malades, nous met clairement sous les yeux l'homme tout entier et son milieu. Déjà le grand intérêt avec lequel le médecin prend avec soin connaissance de l'anamnèse donne de la confiance au malade, et ce sentiment de confiance et d'assurance est encore augmenté par un examen exact. Comme tout consiste à reconnaître ou à exclure des troubles objectifs, l'examen doit être très complet. Il exige

beaucoup de temps, mais c'est indispensable dans l'intérêt de la certitude du diagnostic et de la confiance du patient.

Après la fin de l'examen, il est bon d'indiquer au malade quelque chose de précis sur la nature de la maladie, des notions sur la guérison et le traitement nécessaire. Tous les neurasthéniques ont besoin d'entendre quelque chose de précis sur leur état, et ils sont reconnaissants du fond du cœur au médecin de ces explications et de ces encouragements que leur confiance accepte de lui, malgré leur humeur souvent désespérée.

Suivant les cas, on a alors à décider si le malade peut remplir ses devoirs pendant le traitement ou s'il doit les laisser de côté pendant plus ou moins longtemps. Cette décision est très importante, car le résultat du traitement en dépend tout entier. Ici il faut se décider d'après l'impression que donnent les anamnestiques, d'après la profession du malade, d'après l'action des influences qui résultent des obligations de famille. Existe-t-il de l'insomnie et de l'impossibilité de travailler, l'éloignement est absolument nécessaire. Chaque fois que le cerveau incapable d'une occupation est poussé au travail, la situation s'aggrave. Au contraire, on peut très bien laisser les malades dans les cas plus légers se livrer à leurs occupations, avec travail peu fatigant, pourvu qu'on puisse limiter ce travail et alléger les occupations. Les heures restantes seront employées en exercices de corps que l'on choisira selon le sexe, l'âge et l'état des malades. Promenades, marches, chasse, bains, courses en voiture, parties de montagnes modérées sont à recommander. Il est souvent très utile de forcer les jeunes gens à entrer dans une Société de gymnastique. Ils prennent très vite grand intérêt aux exercices du corps et sont tirés de leur humeur apathique et hypochondriaque.

Il sera très utile de faire de petites excursions de plusieurs jours de durée pour visiter un ami, une ville, une station thermale; les nouvelles impressions ont les plus heureux effets sur le caractère. Ziemssen a souvent fait faire avec succès de petites promenades, même au milieu de l'hiver.

A dire vrai, tout cela suppose que la force physique est suffisante, que les efforts physiques n'augmentent pas l'état d'épuisement. Sur cette importante question on doit, dans les cas difficiles, se donner une conviction par des essais et leurs effets. Beard fait ressortir avec raison que les malades myélasthéniques particulièrement aggravent considérablement leur état par des promenades fatigantes, par la privation des aises de leur intérieur et par la fatigue qui résulte de la visite des beaux sites, des grandes villes, des collections d'art. L'expérience de Ziemssen s'accorde tout à fait avec celle de Beard. Il faut bien savoir que, si l'on peut prescrire ces voyages récréatifs, de grands voyages ne doivent être entrepris que par des sujets sains. Pour des malades, surtout s'ils doivent changer de résidence, on doit choisir un lieu agréable, mais pas trop éloigné, dans lequel le malade séjournera longtemps et fera, suivant ses forces, des excursions grandes ou petites. Si le malade se trouve là dans une bonne habitation et avec de la bonne nourriture, il augmente en poids, boit et dort mieux, tandis que le souci des changements continuels le rendrait encore plus inquiet.

Pour beaucoup de malades, les plages sont un lieu de séjour très agréable, et ils gagnent toute l'année aux bains de mer des forces nouvelles. L'air réussit surtout aux natures physiquement rustiques qui ne souffrent que d'une exagération relative du travail intellectuel. Les excita-

tions que le bain de mer et le mouvement perpétuel de l'air et de l'eau apportent avec elles seront mieux supportées que la monotonie de la vie journalière et du milieu. Il ne faut donc pas conseiller les bains de mer aux neurasthéniques sensibles qui n'ont pas de sommeil et qui ont de l'excitation ou de la dépression psychique. Pour ces malades, le grand air des montagnes élevées vaut beaucoup mieux.

Cependant, même avec une très grande expérience, il est souvent difficile de se décider sur le choix des bains de mer. Pour essayer, il faut choisir des bains calmes, surtout ceux où il y a des forêts aux environs. Si l'essai réussit bien, on peut, dans les années suivantes, arriver à la série des bains du Nord, qui sont plus stimulants et plus fortifiants.

II

Pour aider à la thérapeutique climatologique, on peut s'adresser à des agents physiques et médicamenteux. Nous ne rapporterons que la pratique de Ziemssen pour l'hydrothérapie.

Les moyens physiques sont d'une grande importance dans le traitement de la neurasthénie; ils peuvent être employés en tous lieux, aussi bien dans les établissements qu'ailleurs mais ils sont incontestablement plus actifs dans les établissements, parce qu'on les applique méthodiquement et régulièrement et qu'on a à sa disposition les meilleurs appareils et un personnel bien formé. Néanmoins, on peut ou bien traiter chez eux avec quelques-uns de ces agents des patients qui ne sont pas en état d'abandonner leurs occupations, ou bien les envoyer le matin pendant quelques heures dans l'établissement, pour agir sur eux méthodiquement au milieu du repos. Ceci est pourtant un expédient qui ne peut être prescrit que dans les cas légers; il est insuffisant pour les cas moyens ou graves.

L'hydrothérapie se place parmi les procédés qui exercent une action rafraîchissante et excitante sur le système nerveux périphérique et aussi par voie centripète sur le système nerveux central. Toute action de shock et toute soustraction trop forte de chaleur doivent être évitées avec soin; toutes deux sont difficilement supportées par un système nerveux sensible, affaibli.

Un procédé doux et à la fois très actif est le simple enveloppement tiède avec un drap de lit tout entier. Il est partout praticable et n'occasionne aucune dépense; on peut donc l'employer dans la pratique privée, même dans la classe pauvre. Il sera pratiqué tous les matins. Au début, on laisse le drap, qui doit être assez grand pour recouvrir tout le corps, tremper dans de l'eau à 24° R., et on le fait bien tordre. On s'avance avec ce drap humide vers le lit du malade, on l'étend en saissant ses deux extrémités avec les mains élevées pendant que le malade se lève, et laisse tomber son linge de corps; on le frictionne alors avec le drap humide sur le dos et les jambes, pendant que le malade se frictionne lui-même la poitrine et le corps; on laisse tomber le drap au bout d'une minute de friction pour envelopper d'un second drap sec préparé auparavant et chauffé légèrement avec une bouteille chaude ou devant un poêle, grâce à quoi la peau est desséchée par des pressions douces et sans frictions fortes.

Les hydrothérapeutes ne considèrent pas comme utile cette atténuation de l'enveloppement humide; mais Ziemssen s'est convaincu par plusieurs centaines de cas que cette forme douce rend seule possible la victoire sur

la première résistance et l'achèvement de la méthode. Dans la suite, la température de l'eau d'enveloppement est prise chaque jour 0°5 R. au-dessous, jusqu'à ce qu'on arrive à 15° R. Quant à prendre des températures plus basses, il ne faut pas le conseiller chez les neurasthéniques, quand le malade n'est pas un partisan acharné de l'eau, qui aime l'eau tout à fait froide. Une addition modérée de sel de cuisine dans l'eau d'enveloppement augmente l'action irritante, mais ne sera employée qu'après deux à trois semaines. Après l'enveloppement, le malade doit se vêtir aussitôt et, si possible, aller pendant un court espace de temps au grand air.

Quand ce procédé est bien exécuté, le patient ressent après l'enveloppement une sensation bienfaisante de chaleur, de fraîcheur et d'élasticité; s'il est frissonnant et incommodé, l'enveloppement suivant doit être fait à une température plus élevée.

Cette pratique sera suivie pendant des mois tous les matins. Dans beaucoup de cas légers, elle suffit, avec le régime, pour rétablir complètement le malade.

III

L'antifébrine, introduite il y a trois ans dans la thérapie, fut tenue par les premiers observateurs pour un fébrifuge absolument sûr, exempt d'actions secondaires sérieuses. Kahn et Hepp (1) obtinrent chez un typhique, avec des doses de 0,50, une chute de température de 40° à 37°8 sans que, abstraction faite de cyanose et de sécrétion sudorale faible, il se soit montré quelque chose de frappant. De même Krieger (2), dans un cas de typhus, put administrer quatre doses de 0,80, en tout 1,20 d'antifébrine, d'où résulta un abaissement de la température de 40° à la normale, sans qu'il ait observé un événement désagréable quelconque.

Riese (3), dans la même affection, vit à la vérité, avec une dose de 0,50, une chute à 35°5, et pourtant, même avec cette chute, il ne paraît pas être survenu d'états consécutifs dangereux, pas de collapsus en particulier. Mais cela lui arriva chez un phthisique à qui il avait administré 0,75 pour empêcher l'élévation de température vespérale. Toutefois, il s'agissait ici d'un individu très affaibli.

Demme (4), chez un enfant atteint d'érysipèle, vit, après de petites doses, des troubles digestifs et des vomissements. V. Jaksch (5) déclare expressément que l'antifébrine est un fébrifuge d'action très sûre et avec cela bon marché, mais qu'il ne lui survint pas d'actions secondaires désagréables.

Dans une épidémie de typhus en 1887, Kronecker (6) a souvent donné l'antifébrine; quoique son action antifébrile n'ait jamais manqué, il se montra pourtant une série d'actions secondaires très pénibles, dangereuses même.

Dans une observation, après 8 petites doses de 0,20 d'antifébrine prises sans inconvénient, en tout 1,60 d'antifébrine pris en 4 jours, il survint subitement, après la neuvième dose, un complexus symptomatique dange-

(1) *Centralblatt für klin. Med.*, 1886, 33.
(2) *Centralblatt für klin. Med.*, n° 44.
(3) *Deutsche med. Woch.*, 1886, n° 47.
(4) 24 *med. Bericht über die Thatigkeit des Jennerschen Kinderhospital.*
(5) *Wiener med. Presse*, 1888, 1 et 2.
(6) *M. Monats*, 1888, p. 415.

reux. Cela ne peut s'expliquer que par une action cumulative des petites doses; une heure après la dernière dose il survint, avec des sueurs profuses, un collapsus menaçant, grave. Le patient perdit subitement connaissance et tomba dans un coma profond. Les joues, auparavant très rouges, deviennent pâles et cyanosées; les extrémités étaient froides, le pouls filiforme, quelquefois intermittent, la respiration très superficielle et fréquente. Avec cela la température axillaire n'était tombée que de 40°1 à 38°3. Grâce à des injections d'éther répétées toutes les cinq minutes, à l'enveloppement dans des linges chauds, à l'ingestion de grandes quantités d'eau-de-vie et de café chaud, le danger fut écarté peu à peu.

Dans un deuxième cas où l'action de l'antipyrétique ne se développait presque toujours qu'au bout de huit heures, Kronecker observa un frisson, phénomène rare dans l'emploi de l'antifébrine. Dans un autre fait, après des doses de 0,20 souvent répétées, il a encore vu du collapsus, mais moins accentué. Les sueurs profuses sont fréquentes. Kronecker conseille de ne donner que des doses de 0,10, et de doubler si le médicament est bien supporté.

Beaucoup d'auteurs ont cependant noté l'absence de phénomènes réactionnels à la suite de l'emploi de l'acétanilide. Warfvinge, qui l'a donnée dans 187 cas, le remarque expressément (Rapport de l'hôpital Sabbatsberg, 1887); il a employé des doses de 25 à 50 centigr. dans la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu, les névralgies, et en a retiré de bons effets. Cependant, dans le rhumatisme, elle est inférieure à l'acide salicylique.

D'autre part, certains malades résistent à des doses fortes et longtemps prolongées. Rechten (de Gratz), chez un cardiaque névralgique, en donna 500 grammes, du 30 août 1887 au 17 octobre 1888; il n'y eut pas d'accidents. (*Med. Press.* et *Med. Analectic.*) Cependant ces faits devront toujours être regardés comme exceptionnels. Paul Chéron.

## BIBLIOTHÈQUE

Phthisie laryngée, par MM. Gouguenheim et P. Tissier. — Paris, Masson, 1888.

C'est le premier traité complet qui paraisse sur la question depuis l'ouvrage de Trousseau et Belloc, et l'on sait combien la science a marché depuis ce temps.

Après avoir exposé l'historique de la question, les auteurs étudient minutieusement les lésions de la maladie, lésions macroscopiques et microscopiques. C'est surtout la partie clinique qui est à recommander. Nos savants confrères ont voulu rendre la phthisie laryngée « accessible à tous », si l'on peut s'exprimer ainsi; ils ont voulu, pour mieux parler, que tout médecin fût capable de la diagnostiquer. Ils y ont parfaitement réussi et tout praticien devra lire les pages où sont exposées les différentes modalités cliniques, si dissemblables parfois, qu'affecte la tuberculose du larynx.

Enfin, la phthisie laryngée est curable, le fait est bien prouvé maintenant. Aussi MM. Gouguenheim et Tissier sont-ils entrés à ce sujet dans les plus minutieux détails, sachant bien qu'en thérapeutique la plus petite indication a son prix. — P. C.

Traitement de la tuberculose pulmonaire par la pulvérisation bi-iodo mercurique, par MM. P. Miquel et A. Rueff. — Paris, Masson, 1888.

Les auteurs se sont proposé de faire pénétrer dans l'intimité du parenchyme le bi-iodure de mercure vaporisé par un pulvérisateur à vapeur. Ils emploient la solu-

tion suivante : Bi-iodure de mercure, 1 gramme; iodure de potassium, 1 gramme; eau distillée, 1,000 grammes.

MM. Miquel et Rueff admettent que l'air chargé de vapeurs médicamenteuses pénètre certainement dans l'appareil respiratoire. Il semble, après la lecture des arguments qu'ils invoquent, que l'on peut être de leur avis. Aussi bien, sur 27 malades, ils ont eu 19 améliorations et 8 états stationnaires ou échecs.

On ne saurait trop encourager les essais thérapeutiques de ce genre, et peut-être est-ce de ce côté que devront se porter plus tard les méthodes de traitement de la tuberculose pulmonaire? — P. C.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement local de la diphtérie par la solution de Vléminchx ou sulfure de calcium**, par le docteur G. Hubbard. (*Medical Record et Gazette médicale de Liège*, 1889, 16.) — L'auteur préconise la solution non diluée en pulvérisation toutes les demi-heures, tant que la maladie est bien évidente et plus tard à de plus longs intervalles. S'il s'agit d'un très jeune enfant il vaut mieux ajouter un peu d'eau à la solution.

Cette solution est préparée de la manière suivante. Prenez : chaux, 1 partie ; soufre, 2 parties; eau, 20 parties. Etendre la chaux avec un peu d'eau, puis ajouter le reste de l'eau, ainsi que le soufre. Faire bouillir jusqu'à réduction à 12 parties et filtrer.

Par l'emploi de cette solution avec le spray, même appliqué faiblement, les membranes diphtériques subissent un changement en peu d'heures. La température s'abaisse bientôt et une amélioration générale se produit souvent dès la première application. Dans quelques cas, les fausses membranes disparaissent, entièrement en un jour. Si la fausse membrane s'est développée rapidement, avant l'arrivée du médecin, sous l'influence du spray, il y aura arrêt dans son développement et, plus ou moins tôt, elle se détachera d'elle-même. — P. N.

**Sang défibriné contre la chlorose** (*Gazette médicale de Liège*, 1889, 16.) — Blonkvajeft fait prendre aux chlorotiques, deux fois par jour, 60 à 100 c. c. de sang de veau défibriné : la première dose au milieu du jour; la seconde, vers sept heures du soir. La température des malades, qui était sous-normale ou trop élevée, revient au chiffre physiologique.

La fréquence du pouls augmente d'abord, puis revient aussi au nombre de pulsations normal. L'appétit et le teint s'améliorent, la dyspnée cesse ainsi que les névralgies et l'état général devient bien meilleur. Le nombre des globules sanguins augmente et ils s'enrichissent en hémoglobine. Le sang de bœuf est moins bien toléré que le sang de veau, qui a meilleur goût que bien des préparations ferrugineuses et perd le goût du sang si on le mélange à l'eau. — P. N.

**Sur le traitement des vomissements incoercibles de la grossesse**, par le docteur Gunther. (*Revue hebdomadaire de thérapeutique*, 1889, 2.) — Dans cinq cas de vomissements incoercibles dus à la grossese, M. Gunther a obtenu la guérison dans l'espace de quatre jours au plus avec la traitement suivant :

Une éponge mouillée, reliée au pôle positif d'un courant de pile, était appliquée sur le col et la paroi vaginale; le pôle négatif représenté par une plaque de 10 centimètres de longueur sur 20 centimètres de largeur, était appliqué sur la colonne vertébrale dans l'espace compris entre la huitième et la deuxième vertèbre dorsale. On faisait ensuite passer des courants de courte durée et d'une intensité ne dépassant pas cinq milliampères, en commençant par deux et demi et trois milliampères. — P. N.

## ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 mars 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de candidature du docteur Le Double (de Tours), au titre de correspondant national;

2° Un rapport de M. le docteur Lœvel, médecin-major, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 67e régiment d'infanterie au mois de novembre 1888;

3° Un rapport de M. le docteur Bourteloup, médecin de colonisation, sur les vaccinations pratiquées en 1888 dans la circonscription de Charon et la commune d'Orléansville;

4° Un mémoire de M. le docteur Fonsart, médecin-major, sur l'épidémie de scarlatine qui a régné à la caserne de Saint-Hilaire, à Saint-Quentin, en 1888-89.

— M. Dujardin-Beaumetz résume le rapport sur la rage à Paris en 1888 qu'il a présenté au Conseil d'hygiène. Il formule, comme conclusions, la proposition suivante :

L'Académie émet le vœu que le gouvernement applique avec rigueur toutes les mesures propres à diminuer le nombre des chiens errants, et en particulier celles que lui confère la loi du 21 juillet 1881.

M. Nocart fait remarquer que la rage s'accroît aussi dans les départements. La police de la rage repose sur trois principes :

La déclaration que les animaux ont été mordus, qui est fort difficile à obtenir des propriétaires;

L'abatage immédiat des chiens mordus par un chien enragé, prescription très mal appliquée;

L'abatage des chiens qui ne portent pas l'adresse de leur maître, prescription encore plus mal appliquée que la précédente.

M. Nocart déplore que le préfet de police n'ait pas maintenu son ordonnance malgré l'avis de toutes les Sociétés autorisées. Actuellement la rage trouve dans Paris un foyer d'élection unique au monde, tandis qu'il suffisait d'appliquer la loi pour supprimer la rage.

M. Laborde insiste sur ce point qu'il est nécessaire que les animaux portent une médaille.

La proposition de M. Dujardin-Beaumetz est adoptée à l'unanimité.

— M. Verneuil continue sa communication sur le tétanos. Le fumier est dangereux non seulement lorsqu'il est concentré, mais encore quand il est répandu en couche mince à la surface du sol ou mélangé à la terre, et c'est de cette constatation qu'est née la théorie qui donne au tétanos une origine tellurique.

Un grand nombre de blessures de causes et de natures diverses, siégeant sur les parties du corps mises en contact fréquent immédiat ou médiat avec la terre, sont causes de tétanos, et tout porte à croire que certains sujets ont en permanence dans les replis de leur peau le microbe tétanique; c'est là du microbisme latent.

Des plaies de nature et de siège divers, souillées par la terre au moment de leur production ou peu de temps après, sont encore très fréquemment suivies de tétanos, et il en est de même des blessures causées par des agents vulnérants traînant sur la terre ou servant à la culture.

La nature virulente de la terre a été prouvée expérimentalement par Nicolaier, Dieulafoy, Chantemesse, Guelpa, Bossono. Cette notion de la virulence de la terre explique l'apparition simultanée, ou à de très courts intervalles, du tétanos chez un nombre plus ou moins grand d'hommes blessés dans des conditions identiques.

La contagion peut sans doute encore se faire par l'eau et l'air, les poussières. Un certain nombre d'observations que cite M. Verneuil permettent de le penser.

— M. Frédet a observé un grand nombre de cas de morsures de vipères et trois faits de mort. Il tire de ces observations les conclusions suivantes :

La morsure de la vipère, en France, est une cause de mort plus fréquente qu'on ne le croit; elle est des plus dangereuses pour les enfants.

La gravité de la morsure dépend du siège, ou mieux de l'importance des vaisseaux atteints, de l'âge du blessé, de la quantité du venin injecté.

Quand la morsure n'est pas mortelle, elle peut causer des accidents généraux d'une gravité variable et compromettre la santé pour un temps plus ou moins long.

Le traitement de la morsure doit être immédiat, et les premiers soins sont la succion, la ligature du membre et la cautérisation.

— M. Polaillon présente un malade auquel il a fait l'ablation totale de l'humérus pour une ostéo-myélite. Cette dernière s'était manifestée à la suite d'une blessure reçue à Solférino et était demeurée latente dix-sept ans. L'os dut être enlevé en deux fois l'année dernière. Il n'y a pas eu, à cause de l'âge, de reproduction osseuse. Quand on fixe le bras avec un brassard, les mouvements redeviennent possibles.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Féréol, sur les titres des candidats aux places de correspondants nationaux.

Les candidats sont classés dans l'ordre suivant : En première ligne, M. Duclos (Tours); — en deuxième ligne, M. Fabre (Commentry); — en troisième ligne, M. Henrot (Reims); — en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Bottentuit (Plombières); Niepce (Allevard); Villard (Marseille).

---

### Thèses soutenues a la Faculté de médecine de Bordeaux pendant l'année scolaire 1888-89

M. Ussel : Le fibrome dans l'orbite, — M. Gaillard : Essai sur la topographie médicale des Nouvelles-Hébrides. — M. Bourdon : Contribution à l'étude des rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et de leur traitement (gastrotomie suivie de succès).

M. Gallas : Quelques considérations sur les accidents dus à l'éruption de la dent de sagesse inférieure. et en particulier sur l'ostéo-périostite et son traitement par le débridement préventif.

M. Deveaux : De l'oligodipsie et de ses rapports avec l'herpétisme de M. Lancereaux. — M. Salanque-Ipin : Étude sur le Trétodon vulnérant au Cambodge. — M. Legendre : Contribution à l'étude de la syphilis par conception. — M. Robin : Naphtol β et benzoate de soude dans la fièvre typhoïde. Benzoate de soude dans la diphthérie. — M. Viaud. Saintes et son arrondissement. Essai de géographie médicale, d'hygiène et d'épidémiologie. — M. Cureau : Des influences psychiques dans l'étiologie des états morbides.

---

## FORMULAIRE

### Traitement de la rétention d'urine. — E. Rochard.

Dans le cas de rétention d'urine incomplète, passée à l'état chronique, si le malade est dyspeptique et amaigri, on tâche de relever ses forces à l'aide d'une alimentation appropriée, des toniques, des amers, des frictions ou des lotions stimulantes sur la peau ; et c'est quand on a atteint ce but que l'on commence le traitement local. — L'évacuation de l'urine doit être successive et antiseptique. On ne retire d'abord que le tiers ou le quart du liquide urinaire, et on ne le fait qu'une fois par jour. Peu à peu on rapproche les cathétérismes, et on évacue une plus forte proportion d'urine ; mais on n'arrive que très lentement à l'évacuation complète. Alors on introduit dans la vessie, après l'avoir vidée, une solution tiède d'acide borique à 4 pour cent. — Le premier cathétérisme peut provoquer une cystite suraiguë qui s'étend rapidement jusqu'aux reins, à travers les uretères et les calices dilatés, et qui emporte le malade. Si, d'autre part, on n'intervient pas, la distension ne fait que s'accroître, et l'intoxication urineuse finit par enlever le malade. — N. G.

---

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

De la mortalité des médecins. — A un meeting du State Board of Health (Institution sanitaire de l'État) dans l'Illinois, M. Rauch a fait une communication sur la longévité

des médecins. Les chiffres statistiques de M. Rauch se rapportent à 14,000 individus pour une période de dix ans Ils montrent que la durée moyenne de la vie des médecins n'est que de cinquante-deux ans, au lieu de cinquante-sept à soixante-deux ans pour les autres professions. Sur 100 médecins, il n'y en a que 11 qui dépassent de trois à dix ans la moyenne indiquée.

La mortalité annuelle des médecins est de 13 p. 100. Dans les premières années d'exercice de la profession, elle est inférieure à celle du reste de la population mâle, mais elle augmente rapidement avec les années et finit par surpasser de 8 à 11 p. 100 la moyenne totale. M. Rauch conclut que la profession médicale use les forces beaucoup plus vite que les autres professions. (*Revue sanitaire de la Province.*)

## COURRIER

Assistance publique. — L'hôpital Broussais, qui ne comprenait jusqu'ici que des services temporaires, a reçu depuis le 1er janvier dernier une organisation définitive, et l'administration de l'Assistance publique a décidé qu'il serait ouvert dans cet hôpital une consultation externe, mais sans délivrance de médicaments.

Cette consultation, qui aura lieu tous les jours, sera faite alternativement par les deux médecins et par le chirurgien de l'établissement.

Toutefois, l'hôpital Broussais devant continuer à recevoir ses malades du Bureau central, aucune admission ne pourra être prononcée à la suite de ces consultations.

— Les travaux pratiques d'histologie du semestre d'été commenceront le jeudi 21 mars 1889, et se continueront les samedis, mardis et jeudis de chaque semaine, de une à trois heures, à l'Ecole pratique, au second étage. — Le personnel des travaux pratiques d'histologie est composé comme suit :

M. Rémy, agrégé, chef des travaux ; — M. Variot, chef adjoint ; — M. Chatellier, préparateur.

*Salle A* : MM. Girode et Pelliet, préparateurs adjoints ; MM. Martin et Vincent, aides préparateurs.

*Salle B* : MM. Legrand et Binot, préparateurs adjoints ; MM. Aublé et Raoult, aides préparateurs.

*Salle C* : MM. Launois et Morau, préparateurs adjoints ; MM. de Grandmaison et Benoit, aides préparateurs.

Les travaux pratiques d'histologie sont obligatoires pendant le semestre d'été pour tous les élèves de seconde année (les étudiants pour l'officiat ne sont pas astreints à ces travaux).

MM. les étudiants seront convoqués individuellement par une lettre spéciale. La première série comprendra 120 élèves.

Chaque série se compose de douze séances et dure un mois.

Sur leur demande, les étudiants des séries d'histologie pourront être admis à faire des travaux de technique histologique, d'une durée illimitée. Ils devront s'adresser aux préparateurs adjoints de leur salle.

Liste des officiers du corps de santé militaire qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1888. — Conformément à une décision ministérielle du 8 décembre 1871 et sur la proposition du comité technique du service de santé, le ministre de la guerre a arrêté, le 9 mars 1889, que les noms des médecins et pharmaciens militaires, ci-après désignés, qui ont produit les meilleurs travaux scientifiques en 1888, seront insérés à titre de témoignage de satisfaction, dans le *Bulletin officiel* du ministère de la Guerre.

M. le médecin principal de première classe Delahousse.

MM. les médecins-majors de première classe Augarde, Camus, Eudes, Geschwind, Jeunehomme, Longet et Poulet.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Darde, Duléry, Escard, Lagrange, Mackiéwicz, Pauzat, de Schuttelaere et Tartière.

MM. les médecins aides-majors de première classe Dupeyron, Hublé et Maubrac.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Lafforgue.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Massie.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 mars 1889, sont institués agrégés des Facultés de médecine (section de pathologie interne et médecine légale), les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Chantemesse (André), Combemale François-Auguste-Frédéric), Gilbert (Nicolas-Augustin), Letulle (Maurice-Éléonore-Joseph-Lucien), Marie (Pierre), Mesnard (Louis-Marie-Victurnien), Netter (Juste-Arnold), Roque (Louis-André-Marie), Sarda (Nicolas-Élie-Gaston).

Par application des dispositions de l'arrêté du 30 juillet 1887, portant revision du régime du concours d'agrégation des Facultés de médecine, les agrégés dénommés ci-dessus demeureront en exercice pendant une période de neuf années, du 1er novembre 1889 au 31 octobre 1898.

Un délai de dix jours est accordé à tout concurrent qui a pris part à tous les actes du concours, pour se pourvoir contre les résultats dudit concours, mais seulement à raison de violation des formes prescrites.

Concours d'agrégation (*chirurgie et accouchements*). — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du mercredi 13 mars : MM. Walther, Vallas et Genevey-Montaz : « Plaies de la région parotidienne. »

Séance du jeudi 14 : MM. Février et Courtin : « Kystes des mâchoires. »

— Le conseil de surveillance de l'Assistance publique a adopté à sa dernière séance, pour l'installation de la fondation Dheur, un terrain d'une superficie d'un hectare environ, appartenant à l'administration de l'Assistance publique même, et situé à Ivry, en face de l'hospice des Incurables. On sait qu'une somme de 1.300.000 fr. à été léguée, l'an dernier à l'Assistance publique par M. Dheur sous l'obligation d'établir à une distance n'excédant pas dix kilomètres de Paris, une maison de retraite destinée aux vieillards des quartiers de la Sorbonne et du Jardin-des-Plantes.

— M. le professeur Hayem commencera son cours de thérapeutique et matière médicale le lundi 25 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Nécrologie. — M. Denucé, doyen de la Faculté de médecine de Bordeaux, chevalier de la Légion d'honneur, auteur de nombreux ouvrages de médecine et de chirurgie, membre honoraire de la Société d'anatomie de Paris, vient de mourir à Bordeaux.

Nous reviendrons sur cet événement, qui laissera d'unanimes regrets dans le corps médical. Nous envoyons à son fils, notre distingué collègue, l'expression de notre plus vive sympathie.

Société de médecine de Paris. — Séance du 23 mars 1889. — *Ordre du jour :* 1. M. Fraigniaud : Rapport de candidature. — 2. M. Duroziez : Cœur et carotide. — 3. Communications diverses.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

La communication de M. le professeur Lannelongue à l'Académie des sciences vient de combler une lacune restée dans la pathogénie des kystes dermoïdes intra-crâniens et confirmer en même temps la loi proposée par M. Verneuil, pour expliquer l'origine de ces tumeurs. On sait que, d'après M. Verneuil, les kystes dermoïdes ont pour origine l'enclavement d'une partie de l'ectoderme au sein des tissus pendant le développement de l'embryon. Lebert, de son côté, avait soutenu que les tissus qui composent ces kystes pouvaient se former de toutes pièces au sein des organes où on les trouvait. Le cas de M. Lannelongue, relatif à un kyste dermoïde intra-crânien, pouvait permettre de trancher la question en faveur de la *théorie de l'enclavement* (Verneuil) ou de celle de l'*hétérotopie* (Lebert). En effet, si si on trouvait un trait d'union entre la tumeur et la face profonde de la peau, à travers la paroi crânienne, il serait bien évident qu'il existait entre les deux un rapport de continuité, et par suite d'origine; si, au contraire, il n'y avait pas trace de continuité entre les deux, la théorie de Lebert l'emporterait sur celle de Verneuil. Or, dans le cas de M. Lannelongue, le trait d'union existe sous forme d'un ligament fibreux qui s'étend, d'une part, entre la paroi du kyste et l'occipital et, de l'autre, entre cet os et la face profonde du derme; la paroi osseuse est creusée d'un double canal qui

# FEUILLETON

## CAUSERIE

J'ai retrouvé, dans le livre de M. G. Ohnet, le *Docteur Rameau*, une jolie anecdote qu'il faut que je vous conte. Il l'intitule : *Petits potins de l'Ecole.*

On dit que le professeur Gazan demande maintenant, pour faire les opérations graves dont il a le secret, une année du revenu de son client, comme honoraires. Il a une agence très sérieuse qui le renseigne sur la fortune des malades, et comme l'autre jour le mari d'une dame qu'il venait d'ouvrir et de recoudre très habilement se récriait en déclarant qu'il n'était pas aussi riche qu'on croyait, Gazan l'a interrompu en lui disant sévèrement : « Monsieur, vous avez une maison rue de Rivoli qui rapporte tant, deux fermes en Normandie qui rapportent tant, et tant de titres au porteur... N'espérez pas me tromper!... »

L'autre, atterré, a baissé la tête et s'est exécuté.

— Rend-il l'argent quand l'opération ne réussit pas? demande l'interlocuteur.

— Jamais! Le malade meurt, et Gazan ne rend pas.

Connaissez-vous ce professeur? Pour moi, je ne devine pas qui ce peut être, non plus que celui qui a pu servir de type au *Docteur Rameau.*

reçoit les deux parties de ce pseudo-ligament, lequel a été évidemment séparé en deux par les progrès du développement de l'occipital.

L'accroissement de ces kystes finit par comprimer l'encéphale et par causer des troubles divers; il est alors indiqué d'intervenir, et comme la tumeur siège toujours au niveau des fosses occipitales, sur la ligne médiane, la trépanation pourrait être légitimement pratiquée, surtout maintenant que la méthode antiseptique rend si bénigne l'ouverture des diverses cavités du corps.

— Le rapport sur les cas de rage observés dans le département de la Seine en 1888, dont nous avons parlé dans notre dernier *Bulletin*, a été lu par M. Dujardin-Beaumetz à l'Académie de médecine. Notre honorable maître a pensé, avec raison, qu'on ne pouvait attirer trop l'attention sur une question aussi importante, et M. le professeur Nocard l'a appuyé de tout le poids de sa légitime autorité.

L'Académie tout entière a approuvé le rapport et les conclusions de M. Dujardin-Beaumetz, et d'autant plus volontiers que celui-ci ne demande que l'application d'une loi qui existe depuis 1881. Mise en pratique à différentes reprises et dans divers points de la France et de l'étranger, cette loi a donné les meilleurs résultats en diminuant considérablement le nombre des chiens enragés. Puisque l'expérience est faite, on ne s'explique vraiment pas pourquoi on n'a pas continué à prendre les mesures salutaires qui avaient si bien réussi, et pourquoi on les a laissé tomber en désuétude. Puisse le vœu unanime de l'Académie mettre fin à ce fâcheux état de choses. — L.-H. P.

---

## Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

M. Kirmisson, agrégé, suppléant de M. le professeur Richet.

---

### Leçons sur le pied-bot.

M. Kirmisson a consacré quelques-unes de ses leçons cliniques à l'étude

---

***

L'*Union médicale du Canada* consacre à une mode actuelle, ou plutôt à un abus criant, un article qui serait applicable aussi bien sur l'ancien continent que sur le nouveau. Il s'agit des remises sur les ordonnances. Voici comment s'exprime le journal canadien :

« Un confrère qui, bien que parvenu à un âge plus que mûr, a cependant encore la bonhomie de croire à la probité parfaite de tous ceux qui l'entourent, nous demandait tout dernièrement s'il existait en réalité des pharmaciens offrant aux médecins une remise quelconque sur chaque ordonnance exécutée en leur officine, et des médecins acceptant de telles offres. Notre réponse a été affirmative.

Nous même avons longtemps douté que cela fût non seulement vrai, mais même simplement possible. L'illusion, il nous faut l'avouer, n'a guère duré, et nous avons bientôt pu nous convaincre que si, d'un côté, il est des pharmaciens qui offrent aux médecins une commission sur les ordonnances, d'un autre côté il est des médecins assez peu soucieux de leur honneur et de leur dignité pour agréer ces offres, voire même pour demander positivement la remise en question quand elle ne leur est pas offerte.

Que ce soient là des exceptions malheureuses, il n'en faut pas douter; la grande majorité des médecins et des pharmaciens déplorent, comme nous, ce système, et, comme nous, verraient d'un bon œil l'adoption, par l'*Association pharmaceutique* et par le *Bureau provincial de médecine*, de mesures tendant à faire cesser un abus aussi criant. Au fond, le fait de prélever sur le prix des ordonnances une commission de ce genre

des pieds-bots; à ce propos, il a fait un exposé sommaire des travaux qui ont été publiés récemment sur cette question et qui, en faisant mieux connaître le rôle des lésions anatomiques dans la formation des déviations, ont permis de fixer avec plus de netteté les indications du traitement et le choix des différents procédés thérapeutiques.

Nous allons résumer les points les plus importants de ces leçons.

I. — Il faut tout d'abord faire une distinction capitale entre les pieds-bots congénitaux et les pieds-bots acquis.

Les premiers sont le plus souvent varus équins ou varus, presque jamais équins purs ; les seconds au contraire souvent équins, ou valgus. Le pied-bot talus tient le milieu entre le varus et le valgus dans l'espèce congénitale. Il est plus fréquent que le dernier, mais infiniment moins que le premier. D'après un travail de William Parker, communiqué à la *British medical Association* en août 1888, le pied-bot varus équin représente 90 à 95 p. 100 de tous les pieds-bots congénitaux.

Le varus équin peut se montrer dès les premiers mois de la vie embryonnaire. Il est caractérisé par une adduction avec rotation de la plante du pied en dedans et un degré plus ou moins marqué d'extension du pied sur la jambe. Par suite de cette attitude, les os du tarse présentent dans leur forme des altérations plus ou moins prononcées. L'astragale est le plus souvent et le plus profondément touché ; il est subluxé en avant sur les os de la jambe ; sa face postérieure est considérablement atrophiée ; mais les modifications les plus importantes concernent la tête et le col de cet os. La tête est atrophiée, inclinée en dehors, le col est allongé en dehors, raccourci en dedans, de sorte que la tête a, par rapport au reste de l'os, une direction beaucoup plus oblique qu'à l'état normal.

La tête et le corps forment un angle fortement ouvert en dedans, comme on peut le voir sur un certain nombre de pièces empruntées au musée Dupuytren et que M. Kirmisson a présentées à son auditoire. (N[os] 544, 545, 551, 552, 553.)

---

constitue une injustice véritable envers le client. C'est le client qui, en réalité, paie cette remise, car personne n'aura la naïveté de croire que le pharmacien songera un seul instant à se priver d'une part de son bénéfice au profit du médecin. Or, la remise en question est parfois fort élevée. Il en est qui demandent 25 p. 100; et un confrère nous avouait hier encore qu'on lui avait offert jusqu'à 33 1/2 p. 100.

Un médecin ayant quelque clientèle peut, de cette façon, s'assurer un revenu assez rondelet, surtout s'il a la précaution, très naturelle d'ailleurs, d'adresser invariablement ses clients au même pharmacien. Cela se fait assez souvent, croyons-nous, mais il y a pis encore. On nous a cité le cas d'un médecin qui, ayant ainsi un pharmacien attitré, ne se contente pas d'adresser à celui-ci tous les clients de son voisinage; mais qui, appelé auprès d'un malade résidant à l'autre extrémité de la ville, se fait fort de porter lui-même l'ordonnance chez son pharmacien, lequel à son tour envoie le médicament à domicile. Grâce à ce truc, le médecin assure efficacement sa remise, le pharmacien perçoit le prix de sa marchandise, et le client exploité paie sans dire mot, si ce n'est pour chanter les louanges du praticien qui doit être bien savant pour lui ordonner des médicaments aussi dispendieux.

Enfin, fait qui paraîtra presque incroyable, il est des médecins (fort rares heureusement) qui, pour être plus sûrs que le client ira fatalement chez leur pharmacien, formulent parfois leurs ordonnances de façon à ce que ce pharmacien seul puisse les exécuter, et cela en se servant de signes particuliers ou d'abréviations dont la signification a dû être définie en vertu d'une entente préalable. Vingt grains de poudre de jalap com-

D'après Parker, chez le nouveau-né, l'obliquité du corps et de la tête de l'astragale forme un angle de 38° ; chez l'adulte, un angle de 10° 65 ; dans le pied-bot un angle de 49° 6 à 64°. Scudder (de Boston), a repris ces mensurations et a trouvé, sur 23 adultes, l'angle de la tête et du col de 13° 98 ; sur 11 fœtus, 33° 52 ; sur 2 pieds-bots de fœtus, 50° 50. En tenant compte des recherches de Parker et de Shattock, il arrive aux moyennes suivantes : adultes, 12° 32 ; fœtus, 35° 76 ; pieds-bots, 50° 05.

Le calcanéum, de son côté, est infléchi sur lui-même, son apophyse postérieure est relevée et amincie. Le scaphoïde est peu modifié dans sa forme, mais il est très déplacé, il est devenu vertical. Le cuboïde est subluxé sur le calcanéum, quelquefois très augmenté de volume.

Les os de la jambe eux-mêmes participent quelquefois à la déformation; il existe parfois une torsion de haut en bas et de dedans en dehors, très visible en particulier sur deux pièces du musée Dupuytren, dues à P. Broca et à Guersant.

Sous l'influence de la marche, les déformations osseuses s'accentuent, ainsi qu'on peut le constater chez l'enfant au bout de une ou deux années, et chez l'adulte.

Généralement les muscles, les vaisseaux et les nerfs sont sains; il n'y a pas de transformation fibreuse des muscles; la dégénérescence graisseuse observée dans certains cas n'est que secondaire. En dehors des déformations osseuses, l'obstacle au redressement ne vient donc pas des muscles, mais des tendons et aussi des ligaments. William Parker, en disséquant certains pieds-bots irréductibles, dit avoir constaté que, la peau et les muscles enlevés et les os sectionnés, la difformité était encore impossible à réduire. Pour lui la difficulté de la réduction en pareil cas tient à l'existence des ligaments astragalo-scaphoïdiens. Il est bien évident qu'alors la ténotomie du tendon d'Achille serait absolument insuffisante.

On connaît bien les symptômes du pied-bot varus équin congénital; le pied est en rotation sur son axe et en adduction par rapport à l'axe de la jambe; le talon est élevé et atrophié. La rotation se fait de dehors en dedans,

---

posée, par exemple, se formuleraient ainsi : P. J. C. gr. XX. Mais que le client s'avise de présenter l'ordonnance à un autre pharmacien, celui-ci y perd son latin, et n'a d'autre ressource que de répondre : « Mon ami, allez chez un tel, là seulement on comprendra ces hiéroglyphes ! »

Notre code de déontologie prévoit-il de semblables abus ? Nous l'ignorons. Ce que nous savons bien, c'est que le code d'honneur et celui de l'équité le réprouvent absolument, et que nous sommes d'accord avec tout ce que le corps médical et pharmaceutique renferme d'honnête gens pour demander qu'on mette fin à ce genre de trafic. »

*
* *

La thèse de M<sup></sup>lle Caroline Schultze, que nous avons analysée ici même il y a quelque temps, nous apprenait que les femmes médecins avaient été accueillies avec une défaveur marquée en Allemagne, si bien que dans aucune université allemande il n'y a d'étudiante.

Le professeur Waldeyer a donné, dans une conférence récente, les motifs de ce dédain et de cette exclusion.

« Depuis une dizaine d'années, dit-il, les femmes tendent à prendre de plus en plus une place dans la profession médicale. Le mouvement qui a commencé en Amérique, en Angleterre et en Russie se généralise de plus en plus.

Ce sont là des mœurs toutes nouvelles, car, jusqu'à présent, ni dans l'antiquité, ni au

de façon que le bord interne du pied est élevé et que son bord externe repose sur le sol; mais, dans certains cas, comme sur une des pièces du musée Dupuytren présentée par M. Kirmisson, la rotation est tellement prononcée que le pied appuie sur le sol par sa face dorsale.

Un point sur lequel l'attention a été peu attirée jusqu'ici, c'est la présence, sur le bord interne et la face plantaire du pied, d'un sillon, d'un pli formé par la peau rétractée, comme si une cicatrice profonde unissait toutes les parties molles de cette région. En effet, sur un petit malade apporté à la clinique de l'Hôtel-Dieu au seizième jour de la naissance, avec un double pied-bot varus, on voit entre la première et la deuxième rangée du tarse, une dépression sur le bord interne et sur la face plantaire du pied; à la palpation, les tissus de cette dépression sont durs, résistants, et si on saisit le pied par les orteils et qu'on essaie de réduire la difformité, le pli s'efface, la peau blanchit et la dureté des parties comprises dans ce pli augmente. C'est là, évidemment, une des causes de l'enroulement du pied, et contre laquelle il faut surtout lutter pour obtenir la réduction.

Les différents degrés de la difformité constituent autant de distinctions à faire pour le pronostic et pour le traitement. Il est plus difficile de remédier à l'enroulement qu'à la flexion et à l'adduction; voici donc déjà deux catégories principales pour le pronostic. On peut encore distinguer les pieds-bots d'une autre manière : ceux qui se laissent réduire par les manipulations et ceux qui résistent à tout effort avec les mains; évidemment, les premiers guérissent mieux et à moins de frais que les seconds. Mais la réduction est souvent indépendante de la forme vicieuse du pied; il y a des pieds très difformes qui cèdent facilement aux moyens de douceur, et des pieds peu difformes qui résistent et qu'on ne peut redresser que chirurgicalement.

Chez le petit malade présenté à la clinique, l'enroulement du pied était très marqué et le bord externe tenait la place de la plante; mais, avec un effort modéré, on pouvait lui donner l'attitude normale, et tout fait espérer

---

moyen âge, ni dans les temps modernes, les femmes n'avaient été autorisées à étudier dans les Ecoles supérieures, ni à prendre leurs grades dans les Facultés. Cependant, certaines parties de l'art de guérir, en particulier la pratique des accouchements, avaient été le privilège des femmes, et l'on sait même tous les débats qu'occasionnèrent, au siècle dernier, le droit pour les hommes de se faire accoucheurs.

Il fallut l'intervention des pouvoirs publics et l'exemple des reines pour autoriser la substitution des médecins aux sages-femmes. Les femmes avaient donc une part dans l'exercice de la médecine. Leur situation dans l'antiquité n'était donc pas aussi inférieure qu'on se l'imagine généralement. C'est ainsi également que, chez beaucoup de peuples primitifs, la femme qui est regardée comme douée de divination et qui sert de prophétesse est consultée non seulement sur des questions d'intérêt, mais elle est appelée aussi à donner son avis sur des cas médicaux, avis qu'elle est souvent censée tenir de puissances surnaturelles.

L'émancipation de la femme, à cet égard, n'est donc pas, comme on l'a dit, la conséquence de la Révolution française.

Mais ces renseignements historiques n'apprennent pas grand'chose sur la solution à donner à la question qui s'impose de plus en plus à l'attention des pouvoirs publics : La femme est-elle apte à apprendre et à pratiquer la médecine? Les gouvernements doivent-ils lui en faciliter les moyens? Il ne suffit pas, en effet, de voir si la femme, dans des civilisations primitives, a fait de la médecine, et si on lui a pris une place qu'elle a occupée et qu'on lui refuse aujourd'hui, il faut voir si, dans l'état actuel de la science et

que les manipulations suffiront à procurer la guérison, car le résultat obtenu depuis une quinzaine de jours est déjà très appréciable.

Quand faut-il commencer le traitement? Tout le monde est d'accord pour proclamer la nécessité d'agir le plus tôt possible après la naissance. A la vérité, il faut cependant que l'enfant soit dans de bonnes conditions hygiéniques et alimentaires, en bonne santé, qu'il prenne bien le sein, etc.

Si la réduction est facile, on adoptera le traitement manuel; en saisissant fortement le talon de la main gauche et l'avant-pied de la main droite, on s'efforce, à l'aide de secousses répétées, de ramener le pied et les articulations dans leur état normal et de rendre à celles-ci leur souplesse. Après chaque séance, il est bon de mettre le pied dans un appareil de maintien, qui permette de conserver le terrain gagné et de n'en pas perdre dans l'intervalle d'une séance à l'autre. On peut répéter les séances tous les jours, ou tous les deux ou trois jours, suivant les douleurs provoquées et les phénomènes qui se passent du côté du pied après chaque séance.

Chez le petit malade en question, on a adopté l'appareil en gutta-percha de Giraldès, de préférence à l'appareil plâtré, parce qu'il est plus souple, moins dur, et qu'il expose moins aux eschares toujours à redouter pour la peau si délicate des enfants. Dans le cas présent, le terrain gagné, comme nous l'avons déjà dit, est très appréciable, car l'enroulement du pied n'existe plus. Il reste seulement un peu d'adduction.

Si la réduction ne se produit pas facilement, au moyen de manipulations pratiquées avec des efforts modérés, il faut avoir recours alors à la ténotomie. Cette opération, grâce à la chirurgie antiseptique, présente maintenant, plus que jamais, très peu de dangers, et peut être pratiquée même chez de très jeunes enfants.

Mais la ténotomie ne suffit pas à elle seule; il ne manque pas de pieds-bots invétérés, constatés chez des adultes, et qui ont été ténotomisés pendant l'enfance. Il faut bien se persuader de ceci, que la ténotomie n'est qu'un adjuvant des moyens précités. Qu'on ait pratiqué ou non la ténotomie, il faut, dès que la réduction est obtenue, dès que le pied a une

---

de la société, l'organisation des femmes leur permet de se livrer à l'étude de la médecine et de supporter les fatigues de la profession.

D'abord, il est à craindre qu'une fois qu'elles auront franchi les portes de la Faculté de médecine, elles ne veuillent entrer sans discussion dans les autres Facultés, et même dans celle de théologie, malgré le précepte : « *Mulier taceat in ecclesia.* » Mais ceci n'est que d'un intérêt secondaire; ce qui est plus important, c'est de savoir si l'introduction des femmes dans les études scientifiques n'aurait pas des inconvénients à la fois pour la science et pour les femmes elles-mêmes; or, l'expérience a démontré qu'une science ne progresse pas entre les mains des femmes. Leur esprit, doué de grandes qualités de finesse et même de divination, est peu scientifique, il suit ou dirige mal une démonstration. Elles ont peu d'initiative. Il n'y a d'ailleurs qu'à voir ce qui s'est passé dans les accouchements. Tant que les femmes ont été seules à s'en occuper, l'obstétrique est restée confinée dans des règles primitives, elle n'a fait de véritables conquêtes qu'à partir du moment où les hommes en ont pris la direction.

Carl Vogt avait admis des femmes dans son laboratoire et les résultats n'ont pas été encourageants. Leur esprit manquait de précision, de suite, la moindre difficulté les jetait en de grands embarras. Elles étaient maladroites, malpropres, en un mot, une seule étudiante donnait aux assistants plus de peine que trente étudiants.

Les femmes n'ont donc pas un véritable esprit scientifique, et ne pourront, dans les sciences biologiques en particulier, acquérir une situation. Mais elles ont des qualités différentes, souvent plus développées que chez l'homme et qu'elles peuvent utiliser, sans

bonne forme, le soumettre à un traitement orthopédique consécutif qui comprend :

1° Le maintien de cette forme au moyen d'appareils bien connus (sabot de Venel, bottine de Scarpa, etc.) qui consistent principalement en une semelle articulée sur des tiges jambières et qu'on peut placer à différents angles sur celles-ci, et d'une manière progressive jusqu'à ce qu'on ait atteint plus qu'on ne désire conserver.

2° Des manipulations, massage, etc., destinés à assurer la souplesse des articulations, des ligaments et des tendons.

Ces manipulations, ce massage consécutifs sont absolument indispensables à la conservation de la correction de la difformité. C'est un tort de penser que le port de l'appareil est suffisant ; car on voit souvent des malades qui, malgré la ténotomie et différentes bottines, arrivent à l'âge adulte avec leur difformité. Il faut surveiller l'action de l'appareil et continuer pendant longtemps, plusieurs mois, des années même, suivant la rapidité de la croissance et la force de l'enfant, les manipulations et le massage des articulations.

Dans des cas très graves (pieds-bots anciens, invétérés), ces moyens (manipulations, ténotomie, redressement lent par les appareils) ne suffisent plus pour obtenir même la réduction.

M. Delore (de Lyon), en 1885, au premier Congrès français de chirurgie, a préconisé le redressement brusque sous le chloroforme.

En 1883, à l'hôpital Saint-Louis, M. Kirmisson a pu guérir, par le redressement brusque sous le chloroforme, après ténotomie, un jeune homme de 22 ans atteint de pied-bot congénital. Des craquements assez nombreux perçus pendant les manipulations forcées ont indiqué la rupture de brides, ligamenteuses multiples. Le membre fut immobilisé dans un bandage plâtré et il n'y eut à la suite aucun accident.

En 1885, à l'hôpital Necker, M. Kirmisson redressa encore par le même procédé, avec succès également, un pied-bot paralytique chez une jeune fille et, en 1888, un pied-bot varus équin. Dans ce dernier cas, il fallut, pour

---

compromettre la place un peu idéale qu'elles tiennent dans notre civilisation, et sans détruire les rapports existant entre elles et les hommes. »

***

Plusieurs voyageurs ont raconté que dans certaines peuplades de la Guyane, lorsque les femmes accouchent, ce sont les maris qui sont malades et *gardent le lit* ; ils geignent de leur mieux pendant l'accouchement, puis, celui-ci terminé, se font servir, cajoler, dorloter, gâter par leur conjointe, qui a l'air heureux de voir ses souffrances si bien partagées.

A la Société obstétricale de Philadelphie, M. le docteur Hamill a rapporté il y a quelque six mois un fait de sympathie bien plus extraordinaire encore du mari pour sa femme enceinte. Quinze jours après l'apparition des dernières règles chez cette dame, le mari fut pris chaque matin de vomissement ; cela dura deux mois, pendant lesquels la femme n'eut pas d'autre signe de grossesse... que la cessation des règles. Dans les grossesses précédentes, ce mari avait présenté les mêmes symptômes dès le moment où il avait su que sa femme était enceinte.

M. Goodell a rappelé ensuite que sir F. Bacon avait déjà mentionné cette forme de sympathie entre époux ; il cite en outre un cas rapporté dans *The Lancet* du 4 mai 1878, et dans lequel les vomissements du mari commencèrent et finirent avec ceux de la femme.

Les auteurs précités ne donnent aucune explication de ces faits curieux, et nous imiterons leur réserve. SIMPLISSIME.

obtenir le redressement, sectionner les aponévroses plantaires après le tendon d'Achille.

A côté du redressement brusque viennent se placer les opérations sur les os, conseillées surtout depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique.

En 1854, Solly, sur le conseil de Little, avait pratiqué l'extirpation du cuboïde; mais cette opération, qui d'ailleurs n'est pas toujours suffisante, n'a pas eu beaucoup de partisans. On lui préfère la tarsotomie cunéiforme, portant à la fois sur le cuboïde, le calcanéum et les cunéiformes. Otto Weber a pratiqué cette opération, en 1866, chez un malade cité par Thorens dans sa thèse; mais l'opéré fut atteint ensuite de pourriture d'hôpital et mourut. En 1874, Davies Colley la pratiqua de nouveau, mais cette fois avec les précautions antiseptiques, et réussit parfaitement. Depuis elle a été faite plusieurs autres fois.

Une autre opération, l'extirpation de l'astragale, a été pratiquée dans le même but par Lund, en 1872; le malade a été revu en 1888, parfaitement guéri. E. Bœckel l'a faite ensuite, et a eu de nombreux imitateurs.

Actuellement, il y a lutte entre les deux procédés, le redressement forcé sous le chloroforme et les sections osseuses. En général, les orthopédistes ne se montrent pas favorables aux opérations osseuses, peut-être parce qu'ils sont peu familiarisés avec l'antisepsie; ils donnent la préférence aux ténotomies aussi multipliées qu'il est nécessaire et aux manœuvres de redressement. Cependant, aux Congrès allemands de chirurgie de 1885, 1886, 1888, Wolff, Krauss, Graser, etc., ont défendu la ténotomie et le redressement progressif, et M. Trélat, à la Société de chirurgie, en 1886, a montré quels avantages on pouvait retirer des procédés lents et continus, en se servant en particulier de l'appareil de Collin à tractions élastiques.

Deux procédés spéciaux rendent plus efficaces la ténotomie et le redressement; ce sont :

1° Le redressement immédiat après la ténotomie;

2° La section à ciel ouvert des parties molles et des tendons ou des ligaments.

---

Pendant longtemps, et jusque dans ces dernières années, on ne s'occupait du redressement du pied que plusieurs semaines après la ténotomie; celle-ci effectuée, on attendait la cicatrisation de la plaie et un commencement d'organisation entre les deux extrémités du tendon sectionné; puis on procédait au redressement lent du pied à l'aide d'appareils articulés, dont on changeait progressivement la position jusqu'à ce qu'on fut arrivé à celle qu'on voulait donner au pied.

Aujourd'hui, on tend à adopter généralement le redressement immédiat après la ténotomie. Walsham, qui a bien exposé cette nouvelle méthode et l'a défendue avec preuves à l'appui dans un article du *The Lancet* du 19 mai 1888, a essayé comparativement les deux manières de faire suivantes :

1° Redressement brusque, complet en une séance, immédiatement après la ténotomie; 2° redressement partiel dans la première séance, le reste des manœuvres nécessaires étant pratiqué lentement jusqu'à correction parfaite.

Depuis longtemps, le chirurgien anglais a renoncé au redressement partiel et lent, et n'emploie plus que le redressement brusque. M. Kirmisson a adopté cette pratique, qui lui paraît également supérieure aux autres.

Grâce à la méthode antiseptique, il n'y a pas d'accidents inflammatoires à craindre après l'opération, et l'expérience a démontré que les deux bouts écartés du tendon se réunissaient parfaitement par un tissu cicatriciel intermédiaire. Cette méthode constitue une révolution importante dans le traitement du pied-bot; elle est bien préférable au redressement en deux temps; elle donne des résultats plus rapides, meilleurs et plus complets.

*(A suivre.)* L.-H. Petit.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 mars 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Duroziez, à propos du procès-verbal, demande si l'on possède une explication satisfaisante des résultats obtenus dans le tabès par la pendaison. Si le tabès est toujours lié à une affection de la moelle, il est difficile de s'expliquer comment peut agir la pendaison. Faut-il donc admettre des tabès de nature différente? Et alors quels sont les cas dans lesquels peut intervenir efficacement le nouveau mode de traitement?

M. Abadie : Je répondrai à M. Duroziez que la plupart des neuro-pathologistes s'accordent à reconnaître que l'ataxie locomotrice est une affection plus complexe qu'on ne le croyait jadis. Les recherches de M. Déjérine en particulier ont montré que des malades qui, pendant la vie, avaient présenté tous les signes objectifs et subjectifs du *tabes dorsalis* ne présentaient, à l'autopsie, aucune lésion médullaire, mais des altérations (névrites interstitielles) des nerfs périphériques.

Ceci prouve que l'ensemble symptomatique décrit sous le nom d'ataxie locomotrice est complexe, si on songe aux formes frustes, aux formes bénignes dont l'évolution est extrêmement lente, et se borne à quelques douleurs fulgurantes et quelques troubles de la coordination des mouvements, aux formes graves s'accompagnant d'arthropathies, on peut conclure que les formes morbides de l'ataxie vont se multipliant tous les jours.

Il est fort possible que le traitement par la suspension, qui produit, en somme, une élongation des racines nerveuses, n'agisse que dans certaines formes de tabès, celles où la dégénérescence médullaire est peu accusée.

Jusqu'ici j'ai remarqué que, parmi les malades que j'ai soumis à la suspension, ce ne sont pas les vrais ataxiques qui en ont retiré le plus de bénéfice, mais ceux qui avaient des lésions oculaires de nature indéterminée.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues, et le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 16e année, 1er semestre 1888; — la 4e livraison des *Alchimistes grecs*, publiés par M. Berthelot.

— M. Dubuc lit une observation d'*accès de fièvre survenant comme complication de certains rétrécissements de l'urèthre, etc.* (Sera publiée.)

M. Reliquet : M. Dubuc a raison de revenir sur la disparition des accidents fébriles dus aux rétrécissements de l'urèthre, par le rétablissement du calibre de ce canal.

Il est très utile que ces faits que nous connaissons depuis longtemps soient admis par tous.

En 1865, dans ma thèse sur l'uréthrotomie interne, j'insiste sur l'action heureuse et rapide de cette opération dans ces cas, qui semblaient alors désespérés en raison de la gravité de l'état général. A cette époque, cette indication de l'uréthrotomie interne n'était pas admise, ainsi que le démontre la discussion sur cette opération à la Société de chirurgie de cette année.

...ans ma thèse, je disais que le rétablissement du calibre de l'urèthre permettait

l'évacuation des liquides toxiques contenus dans les voies urinaires, et le lavage de la vessie et de l'urèthre avec la solution d'acide phénique au millième, que déjà j'employais.

Le but, alors comme aujourd'hui, était de faire cesser l'intoxication générale spontanée due à l'urine plus ou moins altérée contenue dans les voies urinaires. Dans mon *Traité des opérations des voies urinaires* (1869), j'ai étudié la pathogénie de l'intoxication urineuse.

Il y a peu de temps, je vous ai communiqué plusieurs faits de rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées, présentant des accidents excessivement graves d'intoxication. Chez ces malades, le mélange, dans le canal en arrière du rétrécissement, de la suppuration des cavités glandulaires avec l'urine était le point de départ de l'infection générale. Chez ces malades, l'uréthrotomie interne, en faisant cesser la stagnation du liquide infectieux dans l'urèthre, en rendant possible l'évacuation rapide à l'extérieur des produits glandulaires, a permis la guérison.

Mais chez l'un d'eux, après l'opération, il y a eu une insuffisance rénale manifeste. J'ai dû le soumettre au régime lacté pendant un mois avant de pouvoir calibrer son urèthre avec le cathéter Béniqué.

M. Dubuc : J'ai rapporté cette observation, parce qu'elle m'a paru très intéressante, en raison surtout de l'erreur commise par le médecin très instruit qui soignait le malade depuis plusieurs mois, et qui, persistant à attribuer les accès de fièvre à une intoxication paludéenne, n'avait pas reconnu leur cause réelle.

M. Duroziez : Si les accès de fièvre tiennent à l'altération des liquides contenus dans la vessie, quelle est l'action que peut avoir le sulfate de quinine que M. Dubuc a donné à son malade?

M. Dubuc : Assurément le sulfate de quinine n'est pas suffisant à lui seul pour triompher du mal; mais il est excellent pour combattre les accidents d'intoxication, et je ne manque jamais de le prescrire même à dose assez élevée, 1 gr. 50 et davantage.

M. Reliquet : Dans mon étude sur l'intoxication urineuse, j'ai démontré que les accidents fébriles infectieux consécutifs aux opérations sur les voies urinaires ne cessaient qu'après des évacuations abondantes par la peau (sueur) et par les voies digestives; de là l'indication des sudorifiques aqueux (bourrache) pendant l'accès; des purgatifs salins et même des vomitifs après l'accès violent.

J'ai démontré que le sang qui s'écoule par l'érosion ou la petite plaie du canal reste, tant que l'intoxication existe, épais, comme sirupeux, et ne se coagule pas. Dès que l'intoxication cesse par les évacuations, le sang redevient normal, se coagule et son écoulement cesse.

Le sulfate de quinine seul ne donne jamais ce résultat.

Lorsqu'il s'agit de l'intoxication urineuse spontanée, comme chez les malades atteints de rétrécissement de l'urèthre, l'action du sulfate de quinine est encore insuffisante.

Il y a de nombreuses observations où des malades ont pris pendant longtemps du sulfate de quinine pour combattre des accès de fièvre qu'on croyait paludéens, sans résultat, et qui ont été guéris quand le calibre de l'urèthre a été rétabli. Ainsi, avant tout, faire disparaître le foyer infectieux, et ne compter sur le sulfate de quinine qu'après avoir provoqué des évacuations par la peau et surtout par les voies digestives.

Lorsque après avoir fait cela, le sujet reste encore susceptible, a de la fièvre au moindre passage d'instrument dans l'urèthre, il faut penser à l'insuffisance rénale, et le mettre au régime lacté absolu.

Depuis que j'ai étudié l'insuffisance rénale dans mes leçons sur les stagnations d'urine en 1885, chez tous les malades aux accidents généraux plus ou moins marqués, je fais faire l'analyse des urines de vingt-quatre heures. La quantité d'urine, et surtout la quantité d'urée rendue, m'indique l'état de la fonction rénale, et me met à l'abri d'accidents nouveaux s'il y a insuffisance.

— M. Desnos communique une observation de *chancre de la langue*, observé chez un

garçon de recette; la contamination se serait faite par l'intermédiaire de billets de banque imprégnés de salive virulente.

M. Dubuc : Le mode de contagion signalé par M. Desnos pourrait être admis à la rigueur, mais non sans de sérieuses réserves.

M. Reliquet : Il est de règle absolue qu'un individu qui a un chancre à la lèvre ou à la langue, n'avoue jamais comment il a été infecté. Les dires du malade doivent toujours inspirer de la méfiance.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

## FORMULAIRE

Glycérolé et lotion contre les éphélides. — Hager.

| | |
|---|---|
| Précipité blanc | ââ 4 grammes. |
| Sous-nitrate de bismuth | ââ 4 grammes. |
| Glycérolé d'amidon | 15 — |

Mêlez. — Tous les deux jours, on étale une couche de ce glycérolé sur les taches de rousseur. On peut aussi combattre les éphélides, en les lotionnant matin et soir, avec le mélange suivant : Sulfophénate de zinc, 4 grammes ; glycérine, 60 grammes ; alcool, 30 grammes ; hydrolat de fleurs d'oranger, 45 grammes ; hydrolat de roses, 250 grammes.

N. G.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Strauss a commencé le cours de pathologie expérimentale et comparée, le mercredi 20 mars 1889, à cinq heures, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants à la même heure, à l'amphitéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale (École pratique, 1er étage). — Objet du cours : « Technique microbiologique ; — étude des microbes pathogènes ; — maladies infectieuses communes aux animaux et à l'homme. »

— M. le professeur Regnauld commencera le cours de pharmacologie le samedi 23 mars 1889, à midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : « De la pharmacologie et des applications à l'art de formuler; étude spéciale des principales classes de médicaments. »

— M. le professeur Brouardel commencera le cours de médecine légale, le lundi 25 mars 1889, à quatre heures (grand amphitéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des blessures et des intoxications aiguës.

— M. le professeur Hayem commencera le cours de thérapeutique et matière médicale, le lundi 25 mars 1889, cinq heures de l'après midi (petit amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Des médications (suite et fin). »

— M. le professeur Bouchard commencera son cours de pathologie et de thérapeutique générales, le mardi 26 mars 1889, à cinq heures de l'après-midi (petit amphitéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. le professeur Damaschino commencera le cours de pathologie interne, le mardi 26 mars 1889, à trois heures (grand amphitéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Maladies tuberculeuses et cancéreuses. »

— M. Hutinel, agrégé, commencera les conférences de pathologie infantile, le mardi 26 mars 1889, à trois heures de l'après midi (petit amphitéâtre), et les continuera les jeudis

et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire.

— M. le professeur Charles Richet commencera le cours de physiologie, le samedi 30 mars 1889, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Nutrition, système nerveux. »

— M. le professeur Guyon commencera son cours de pathologie chirurgicale, le lundi 25 mars 1889, à trois heures de l'après-midi (grand amphitéatre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

Asiles d'aliénés. — Les concours pour les places de médecin adjoint se sont terminés par les nominations suivantes : Région de Lille, M. Journiac. — Région de Lyon, MM. Chaumier et Barthomeux. — Région de Nancy, M. Sizaret. — Région de Paris, MM. Sérieux, Arnaud et Combemale.

M. le docteur Journiac, ancien interne de l'asile Sainte-Anne, est nommé médecin adjoint à l'Asile public de Saint-Venant, et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 fr.).

M. le docteur Camuset, directeur-médecin de l'Asile de Bonneval, est promu à la deuxième classe de son grade (6,000 fr.); MM. les docteurs Broquère, médecin adjoint à l'Asile de Bassens, et Pichenot, médecin adjoint à l'Asile d'Auxerre, à la classe exceptionnelle de leur grade (4,000 fr.); M. le docteur Belletrud, médecin-adjoint à l'asile de Saint-Méon, à la première classe de son grade (3,000 fr.).

Concours d'agrégation (*chirurgie*). — Voici les dernières questions traitées :

MM. Barrette, Gangolfe et Rochet : « Rétrécissement de l'œsophage. »

MM. Tuffier, Ricard, Picqué : « Genum valgum. »

MM. Routier, Verchère, Phocas : « Fractures de la rotule. »

— L'Académie des Muses Santones vient de publier le programme de son concours poétique de 1889. Comme les années précédentes l'Académie fera imprimer à ses frais le meilleur volume de vers qui lui sera présenté; l'auteur recevra gratuitement 350 exemplaires de son œuvre, et le prix offert par le président de la République lui sera décerné. Ce prix consiste en une magnifique pièce de la Manufacture nationale de Sèvres. Il y aura plusieurs autres prix.

Le programme complet du concours est adressé à toute personne qui en fait la demande à M. Victor Billaud, secrétaire de l'Académie, à Royan (Charente-Inférieure).

— M. Hanot, agrégé, commencera ses cours de pathologie interne, le mardi 26 mars 1889, à quatre heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— A la liste des médecins de l'exposition que nous avons donnée, nous devons ajouter MM. Dandieu, Helme et Poupon, médecins adjoints qui sont en fonction depuis deux ans.

Société médico-pratique. — Séance du 25 mars. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Labbé, Potherat et Blocq, Courtade et Labbé, sur les candidatures de MM. Dubranly, Mérigot de Treigny et Waynbaum. — 2. M. Poulet : Emploi du strophantus contre les accidents de l'épilepsie. — 3. M. Philbert : De l'influence de l'amaigrissement sur la stérilité. — 4. M. Schwartz : Nature tuberculeuse de la synovite riziforme.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## Hôpital du Val-de-Grâce. — Service du Dr Burlureaux.

### Observation de spléno-pneumonie

Recueillie par M. le docteur de Viville, médecin stagiaire.

A côté des affections aiguës du poumon qui se présentent à l'observateur avec des signes classiques et dont le diagnostic est simple, il en est dont l'aspect clinique s'écarte du tableau habituel, en impose à la fois pour plusieurs maladies bien différentes et met l'observateur dans le plus grand embarras. Tel est le cas du malade dont nous allons résumer l'histoire.

Perr... Eugène, âgée de 25 ans, ancien employé de banque, ne présente aucun antécédent pathologique héréditaire ou personnel.

Le 22 janvier 1889, il commença à ressentir une légère douleur dans le côté gauche du thorax, douleur en forme de barre située transversalement un peu au-dessous du mamelon, avec exacerbations dans les efforts de respiration. L'appétit était faible ; toutefois, le malade put continuer son travail sans trop de peine, quand, le 27, vers neuf heures du soir, sans cause appréciable, au lit, la douleur thoracique augmenta brusquement, s'irradiant jusqu'à l'épaule, au point d'en rendre les moindres mouvements très douloureux. En même temps apparaissait une forte dyspnée. Vers minuit, le malade fut pris de violents frissons qui ne disparurent que le matin.

Le 29, Perr... entre à l'hôpital.

Symptômes généraux. — La température est de 37°8 à neuf heures du matin. Le pouls ne présente rien de particulier. Le malade n'est pas prostré. Il répond avec précision à toutes les questions qu'on lui pose.

La dyspnée a disparu. Le point de côté est beaucoup moins douloureux ; on provoque cependant quelques douleurs à la pression, au niveau de l'émergence antérieure du nerf du 5e espace. Pas de toux. Expectoration insignifiante, sans caractère. — Pas de zona.

Signes physiques. — *Inspection.* — Rien à noter. Pas de voussure appréciable.

*Palpation.* A gauche et en arrière, dans la moitié inférieure du poumon, les vibrations vocales sont abolies entièrement ; elles reparaissent progressivement quand on se rapproche du sommet. En avant, sous la clavicule, ces vibrations sont plus accusées que du côté opposé.

*Percussion.* — Matité absolue dans la moitié inférieure du poumon gauche ; cette zone est nettement limitée par la ligne axillaire. L'espace semi-lunaire de Traube est conservé. Tympanisme sous la clavicule.

*Auscultation.* — Au niveau de la matité, le murmure vésiculaire est complètement aboli. Il est remplacé par un fort souffle bronchique. Dans la moitié supérieure de la poitrine, comme sous la clavicule, la respiration est forte. Pas de râles. L'égophonie est très limitée au niveau de la 7e dorsale. Pectoriloquie aphone très nette et étendue à toute

la zone de matité. Pas de déplacement du cœur. Poumon droit sain. Deux vésicatoires sont placés sur le côté malade, l'un en avant, l'autre en arrière.

Les jours suivants, le point de côté disparaît peu à peu. A l'auscultation, on trouve à la base, du côté de l'aisselle, quelques crépitations fines à l'inspiration. A la percussion, la résistance au doigt devient de moins en moins accusée, et la sonorité reparaît progressivement. La température, qui était de 39°7 le 29 au soir, redevient normale le 6 février après avoir oscillé d'abord entre 38° et 39°, puis entre 37°5 et 38°.

Le 15 février, la sonorité est presque normale. La respiration s'entend dans toute l'étendue de la poitrine. Les crépitations fines ont disparu. Le malade descend au jardin pendant une heure.

Le 17, il nous raconte qu'il respire plus difficilement et ressent une légère douleur à l'endroit où siégeait primitivement le point de côté. Toutefois l'examen de la poitrine ne révèle rien. Pas de fièvre.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux. Il respire librement et mange de bon appétit. Il peut être considéré comme guéri. En résumé la maladie a duré une dizaine de jours. Les symptômes généraux étaient peu accusés, la fièvre n'a duré que 7 jours; par contre les signes physiques étaient très nets, consistant en matité, abolition des vibrations thoraciques, souffle, égophonie, pectoriloquie aphone avec persistance de l'espace de Traube, réapparition graduelle des vibrations de bas en haut et crépitations fines, discrètes à l'inspiration au niveau de la zone de matité, à partir du 3e jour de maladie, ayant disparu 6 jours après.

En face de quelle affection nous trouvions-nous? La première idée qui s'offre à l'esprit, en présence de signes physiques aussi nets, est que l'on a affaire à une pleurésie. La matité, l'égophonie, l'abolition des vibrations thoraciques surtout, plaident en faveur de ce diagnostic. La persistance de la zone sonore de Traube, quoique rare dans cette affection, peut cependant s'observer quand l'épanchement est très faible. Mais alors, comment expliquer la limitation de la matité à la ligne axillaire et la réapparition graduelle des vibrations de bas en haut, et surtout la si courte durée de la maladie, — la *restitutio ad integrum,* sans traces de frottement pleural, etc.? Encore moins peut-on penser à une pleurésie cloisonnée, — maladie rare et rarement primitive.

Notre malade était-il atteint de pleurésie avec congestion pulmonaire? L'expectoration gommeuse, aérée, filante, qui, comme le fait remarquer Bouillaud, est un signe constant de la congestion, manquait absolument chez lui.

Il présentait, par contre, des crépitations fines et rares à l'inspiration peu en rapport avec cette hypothèse. Pouvons-nous admettre le diagnostic de pneumonie? L'absence de crachats, la matité absolue, l'évolution ultérieure de la maladie suffisent à démontrer que nous n'avons pas eu affaire à cette affection.

La variété et la mobilité des signes physiques, la bronchite concomitante, l'abondance des crachats et des crépitations qui caractérisent la congestion pulmonaire simple n'ont jamais été observés chez notre malade et, d'ailleurs, comment comprendre une congestion pulmonaire qui s'accompagnerait de matité absolue et d'abolition complète des vibrations vocales, puisque, dans cette affection, elles sont toujours ou normales, ou légèrement augmentées?

Nous éliminerons pour les mêmes motifs ces tuberculoses locales à masque pneumonique qui peuvent débuter brusquement et simuler des pneumonies franches. Le retour complet et rapide à la santé ne permet pas ce diagnostic.

M. le professeur Grancher a décrit en 1883 (1), sous le nom de spléno-pneumonie, une affection caractérisée par les symptômes suivants : « Ma-« tité, diminution considérable des vibrations, souffle doux, broncho-« égophonie, auxquels il faut ajouter les crépitations discrètes limitées à « l'inspiration, la conservation de l'espace de Traube, l'augmentation pro-« gressive des vibrations de la base au sommet quand survient la gué-« rison. »

L'auteur insiste surtout, dans son mémoire, sur les trois derniers signes qu'il donne comme spéciaux à la spléno-pneumonie. Or, ne sont-ce pas ces mêmes signes que nous retrouvons chez notre malade, et qui nous ont fait éliminer successivement la pleurésie simple, la pleurésie avec congestion, la pneumonie et la congestion pulmonaire? Cette affection, dit Bourdel (2) dans sa thèse inspirée par M. le professeur Grancher, siège presque toujours à gauche, ce que nous observons aussi chez notre malade.

Nous nous trouvons donc en présence d'une spléno-pneumonie. Tel avait d'ailleurs été le diagnostic porté à la deuxième visite faite au malade à l'hôpital. Cette affection se rapproche par ses signes de la pleurésie, mais on peut l'en différencier par certains symptômes qne l'on devra toujours rechercher avec soin lorsqu'on se trouvera en présence de cas mal définis comme celui que nous rapportons. On en tirera des données importantes au point de vue du pronostic et du traitement.

La spléno-pneumonie, dit le professeur Grancher dans son mémoire, est plus grave que la pleurésie simple.

Si l'on se souvient que ces paroles furent écrites en 1883, on ne sera pas surpris de cette assertion. Mais, depuis cette époque, les intéressantes recherches de MM. Landouzy, Kelsch et Vaillard sont venues assombrir singulièrement le pronostic des pleurésies dites simples, et nous appuyant sur ces travaux, nous croyons pouvoir considérer le pronostic de la spléno-pneumonie comme moins sérieux que celui de la pleurésie. Notre malade offre d'ailleurs un exemple très net de la bénignité de cette affection : il est toujours en parfaite santé en mars 89.

Au point de vue thérapeutique, un diagnostic ferme fera éviter ces ponctions stériles que commettent parfois les praticiens même expérimentés.

---

### Ce que la chirurgie peut faire d'un tuberculeux,

Par L.-G. Richelot.

(*Communication au Congrès de la tuberculose, 1888*).

Messieurs,

Je désire vous montrer — le titre est un peu prétentieux, mais vous me le pardonnerez — *ce que la chirurgie peut faire d'un tuberculeux*, en vous racontant l'histoire d'un malade que j'ai suivi assidûment depuis quatre ans, et auquel j'ai fait subir une douzaine d'opérations successives, petites ou grandes.

Cette histoire est bien faite pour donner raison au professeur Bouchard, lorsque, dans une belle leçon d'ouverture (3), il fait l'apologie de la chirur-

(1) Grancher : *Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1884.

(2) Bourdel : *Spléno-pneumonie.* (Thèse de Paris, 1886.)

(3) *Union médicale*, 27 mars 1888.

gie moderne, parce qu'elle attaque directement et hardiment les lésions : « Les résultats ainsi obtenus, dit le savant maître, déposent unanimement en faveur de l'excellence d'une thérapeutique locale... Ainsi, le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie, tel qu'on le concevait autrefois, subit une modification profonde. Le chirurgien n'avait à soigner que le traumatismes et les maladies des parties extérieures ou superficielles. Il y a longtemps qu'un barbier hardi s'est emparé de la vessie ; la chirurgie ne s'occupait des viscères que lorsqu'une hernie les rendait superficiels ; aujourd'hui elle va les saisir dans la profondeur des cavités. Son domaine s'étend parce que l'antisepsie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal. Tout ce qu'il devient possible de traiter localement devient chirurgical. Cette évolution singulière, la pathologie générale la constate et ne la regrette pas ».

L'observation d'Albert B..., dont je vous donnerai seulement les points saillants, pour ne pas fatiguer votre attention par de nombreuses redites, commence pendant l'été de 1884, à l'hôpital Saint-Louis. A cette époque, fistule salivaire du canal Sténon du côté droit, consécutive à un coup de bistouri qui avait été donné dans un petit abcès ganglionnaire situé au-devant du tragus. Adénite suppurée des ganglions parotidiens. Guérison progressive de l'adénite ; guérison spontanée de la fistule salivaire.

En mars 1885, chaîne ganglionnaire depuis le tragus jusqu'au creux sus-claviculaire ; adénite tuberculeuse multiple, parfaitement caractérisée. Suppuration de plusieurs ganglions, ouverture de trois gros abcès, état fébrile (temp. 39°).

Le 7 avril, dissection de la masse ganglionnaire, curettage des foyers ramollis, en dehors et en dedans du sterno-mastoïdien ; opération laborieuse qui reste forcément incomplète, les ganglions malades plongeant dans le creux sus-claviculaire et adhérant aux gros vaisseaux du cou. Suture et drainage multiple ; la réunion primitive se fait avec une facilité merveilleuse sur presque tous les points, la température tombe, les foyers diverticulaires se comblent rapidement. La région reste inégale et bosselée. Pendant la cicatrisation, une otite moyenne très douloureuse se déclare ; perforation du tympan, écoulement de pus, soulagement rapide.

Le 8 mai, petit abcès dans un des anciens foyers, qui se ferme vite après un coup de bistouri.

Au mois de juillet, tout est cicatrisé, le cou est plat, les ganglions incomplètement enlevés semblent avoir disparu. Le malade part pour son pays, et pendant plusieurs mois suit un traitement général, huile de foie de morue, arsenic, etc.

En décembre 1885, la région cervicale est en parfait état ; rien n'a reparu, et l'on a peine à comprendre qu'un curage aussi incomplet ait été suivi d'une résorption totale des masses ganglionnaires. Mais il y a, dans le membre supérieur droit, de la douleur, de la faiblesse, et un commencement d'atrophie musculaire. Y a-t-il quelque compression du plexus brachial?

En février 1886, la douleur s'est localisée au niveau du coude; on assiste au début d'une tumeur blanche. Albert B... entre à l'hôpital Bichat; compression ouatée pendant quelques semaines; la tuméfaction et la douleur augmentent.

Au mois d'avril 1886, la tumeur blanche est en voie d'évolution rapide, et

pour la première fois on observe de la toux, des filets de sang dans l'expectoration, des craquements secs aux deux sommets.

Résection du coude, à l'hôpital Saint-Antoine, le 22 avril. Apyrexie, pansements rares, absence presque complète de suppuration. Pendant le traitement, des douleurs vives et des fourmillements apparaissent dans la zone du nerf cubital; mais cette névrite de voisinage cesse au bout d'une quinzaine de jours. Ensuite, une douleur inquiétante, avec un peu de rougeur et de tuméfaction, survient à l'épaule gauche; est-ce le début d'une nouvelle tumeur blanche? Heureusement tout disparaît après quelques badigeonnages iodés. Il y a toujours un peu de toux et d'expectoration, mais l'état général reste bon.

La plaie fermée, le coude est mobile, mais l'atrophie musculaire est extrême. Avec le massage et l'électricité, le biceps reprend assez vite son volume et sa force, le coude fonctionne très bien, ses mouvements sont étendus et précis. Mais, vers le mois de juillet, une tuméfaction apparaît au côté externe; compression mal supportée, ignipuncture, augmentation progressive des fongosités; puis, le mois suivant, tout s'affaisse et le coude reprend à peu près sa forme. A la fin d'août, nouvelle poussée en dehors et en dedans du coude; le malade entre à l'Hôtel-Dieu, et subit, dans les premiers jours de septembre, l'incision et le grattage de ce double foyer tuberculeux.

A la fin de novembre, il entre à l'hôpital Laënnec; les deux foyers sont encore fistuleux. Nouvelles incisions, nouveaux grattages, ablation d'un gros morceau de cubitus. Après un mois, la cicatrisation est obtenue et le coude est mince. Il revient à Laënnec en février 1887; le coude a grossi de nouveau, il est douloureux et supporte mal la compression; le malade, indocile, quitte l'hôpital et disparaît.

Longtemps après, repentant et fongueux, il entre à l'hôpital Bichat. Le 1er septembre 1887, il y subit encore l'incision et le grattage de ses deux foyers tuberculeux; en octobre, il est cicatrisé.

Depuis cette époque, il va de mieux en mieux. La toux a complètement disparu; il a bon appétit et prend de l'embonpoint. Il a cessé la médication arsenicale, prescrite à plusieurs reprises. Il est entré à l'hôpital Tenon, au mois de janvier 1888, non comme malade, mais comme employé. Deux fois encore, il a fallu ouvrir et gratter un petit abcès formé au voisinage du coude; mais, aujourd'hui, tout paraît terminé. Le bras est solide, apte à tous les mouvements, on s'explique à peine que tant d'opérations successives aient pu laisser à leur suite des fonctions aussi parfaites; l'auscultation ne révèle aucun signe fâcheux, et la santé générale ne laisse rien à désirer.

Cette observation ne contient aucun détail qui ne soit connu dans l'histoire de la tuberculose; mais elle est curieuse par la longueur de l'évolution morbide, par la ténacité des récidives, par l'efficacité immédiate de la plupart des interventions, par la menace avortée du côté des poumons, enfin par le succès de la thérapeutique locale contre les lésions tuberculeuses graves et multiples.

Elle est tout en faveur de l'intervention hardie et persévérante contre les localisations tuberculeuses. M. le professeur Verneuil a fait remarquer, il y a quelques années, que chez certains tuberculeux l'intervention chirurgicale peut nuire, en favorisant l'éclosion des accidents à distance, et notam-

ment de la méningite. Moi-même j'ai cité, en 1885, à la Société de chirurgie, l'exemple d'un jeune boucher d'une constitution robuste, chez lequel une opération restreinte et suivie d'une réunion très rapide, contre une synovite fongueuse du poignet, fut manifestement le point de départ d'une généralisation tuberculeuse aiguë. Mais ces faits sont heureusement les plus rares; presque toujours une intervention énergique est utile aux tuberculeux qui ne sont pas encore des cachectiques. L'intervention dont vous parlez, me dira-t-on, est purement mécanique et semble, contre une affection pareille, n'avoir qu'une valeur limitée; la question de la tuberculose est, avant tout, médicale; ce qu'il nous faudrait posséder, c'est une *médication* capable de détruire l'agent tuberculeux dans les profondeurs de l'organisme. Néanmoins, ne déprécions pas trop notre rôle de chirurgien. Il nous arrive, comme je viens de vous en donner un exemple, de détruire efficacement les tuberculoses locales, même dans leurs formes graves. Il y en a, en effet, qui sont multiples, successives, plutôt que généralisées; elles nous laissent le temps de les poursuivre, de les user pour ainsi dire. Il y en a qui récidivent sur place avec ténacité, à la façon de certaines tumeurs d'une malignité relative; dans ces cas-là, notre action peut retarder ou prévenir à tout jamais l'envahissement de l'économie. Car, si le traumatisme, l'effraction chirurgicale, peut quelquefois ouvrir la porte à « l'auto-inoculation », le plus souvent elle fait le contraire : en supprimant le foyer tuberculeux, elle supprime la source de l'infection.

La conclusion à tirer de ces faits, c'est qu'il faut agir; le petit nombre des cas malheureux où l'acte chirurgical paraît aggraver la tuberculose, n'effacera jamais les services qu'il rend à la grande majorité. Il faut donc attaquer la tuberculose par tous les points où elle se découvre, la poursuivre sans relâche et ne jamais désespérer d'un tuberculeux. Nos moyens d'action, je le répète, ne sont pas parfaits; l'idéal serait peut-être une médication triomphante. Mais, puisque cette médication n'existe pas encore, soyons heureux, en attendant, que parfois et même souvent la chirurgie triomphe.

## BIBLIOTHÈQUE

Traité élémentaire d'hygiène et de thérapeutique de l'hystérie, par le docteur G. Thermes. Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Après avoir présenté clairement la question difficile de la pathogénie de l'hystérie chez l'homme et chez la femme, l'auteur accorde une grande place dans ses premiers chapitres au traitement hygiénique de la névrose et à l'hygiène intime du malade.

Il aborde ensuite l'étude de la médication proprement dite et passe successivement en revue les agents, qui dans ces derniers temps, ont, à vrai dire renouvelé la thérapeutique de l'hystérie, en accordant la plus grande place à l'hydrothérapie et à l'électrothérapie. La question du traitement dans les établissements est traitée dans tous ses détails.

L'ouvrage se termine par un court chapitre sur l'hypnotisme et la suggestion et l'on doit féliciter M. Thermes de ne pas avoir accordé trop de place à ces méthode nouvelles d'un emploi si délicat entre les mains de praticiens peu familiarisés avec les délicatesses et les ruses des suggestionnables. — P. C.

Recherches cliniques sur les anomalies de l'instinct sexuel, par le docteur Paul Sérieux. Paris, Lecrosnier et Babé, 1888.

L'auteur admet la classification de Magnan et décrit successivement les différentes

variétés d'anomalies de l'instinct sexuel en s'appuyant sur des observations dont la plupart sont inédites.

Il montre que chez les épileptiques et les hystériques on doit séparer cliniquement en deux groupes les manifestations morbides de la vie génitale : celles d'origine vraiment comitiale, consécutives à l'attaque, celles qui se produisent dans l'intervalle des accès et qui tiennent à l'état mental accompagnant la névrose.

La conclusion générale est que les psychopathies sexuelles ne sauraient être considérées comme des entités morbides et ne sont que des symptômes des états pathologiques es plus divers : dégénérescence mentale, manie, mélancolie, hystérie, épilepsie, délire systématisé, démence sénile, paralysie générale. — P. C.

## THÉRAPEUTIQUE

### De la médication pepsi-phosphatée.

D'après les nombreuses expériences faites dans les hôpitaux, la médication pepsiphosphatée constitue le traitement rationnel de l'anorexie, de l'anémie et des dyspepsies. Les docteurs Frétin, Froment et Petitfour considèrent cette préparation comme un tonique digestif sur lequel on peut compter dans tous les cas où l'on se trouvera en présence d'une constitution épuisée par des troubles de l'appareil digestif.

C'est sous le nom de vin Guérin qu'est connue cette préparation. La place importante qu'a prise le vin Guérin dans la thérapeutique de l'anorexie, de l'anémie et des dyspepsies s'explique aisément par sa composition. Son action physiologique est due aux amers qui stimulent la tunique musculaire de l'estomac en augmentant ses sécrétions et à la puissance digestive des ferments.

Le docteur Cuttoli résume admirablement l'opinion du corps médical, en affirmant que le vin Guérin est au premier rang des toniques digestifs. Cet éminent expérimentateur ajoute que le goût délicieux du vin Guérin le rend de beaucoup supérieur à toutes les préparations similaires. Cette considération a surtout son prix dans les cas où il faut l'administrer aux femmes délicates et aux enfants difficiles. Dr Thévenin.

## MATIÈRE MÉDICALE

### Des quinquinas.

Les quinquinas, genre Cinchona de la famille des Rubiacées, sont des arbres qui poussent isolément ou en bouquets clairsemés dans les vastes forêts des Andes, en Bolivie et au Pérou.

Le quinquina est le fébrifuge par excellence; c'est aussi le meilleur des toniques et des astringents et l'un des meilleurs agents qui permettent au médecin d'agir sur les vaso-moteurs.

C'est une erreur grave de croire que l'on peut suppléer complètement à l'emploi du quinquina lui-même par celui de ses alcaloïdes et particulièrement de la quinine.

Aucun des principes du quinquina n'est inutile, et à part le cas de fièvre palustre, l'emploi de l'écorce ou de ses préparations est toujours préférable à celui de la quinine. Et même contre la fièvre, particulièrement dans les cas de fièvre intermittente chronique à forme hépatique, on a souvent avantage à remplacer la quinine par le quinquina.

Mais c'est surtout dans les anémies, dans la chlorose, dans les convalescences, dans les dyspepsies atoniques, dans les dysenteries, dans les cachexies paludéennes et particulièrement aux périodes de la puberté des deux sexes, que le quinquina peut rendre les plus grands services par ses propriétés toniques et reconstituantes.

La constitution chimique des écorces de quinquina est extrêmement variable suivant

l'espèce, la forme et la provenance; on peut s'en rendre compte par le tableau suivant emprunté à Howard :

| | Sulfate de quinine. Pour 1,000 gr. | Sulfate de cinchonine. Pour 1,000 gr. |
|---|---|---|
| Quinquina jaune royal, en morceaux plats sans épiderme.............. | 30 à 32 | 6 à 8 |
| Quinquina jaune royal, en morceaux roulés, pourvu d'épidermes....... | 15 à 20 | 8 à 10 |
| Quinquina gris huanuco (variété C. Nitida ......................... | 0 | 12 |
| Quinquina jaune huanuco (variété C. Péruviana How)................. | 6 | 12 |
| Quinquina rouge (C. Succirubra).... | 20 à 25 | 10 à 15 |
| Quinquina rouge (C. Scorbiculata)... | Très pauvre. | Très pauvre. |
| Quinquina rouge (C. Peruviana de Lima)......................... | Pauvre. | 19 |

Comme on le voit, les quinquina rouges et gris sont très variables dans leur composition et souvent très pauvres. Seul, le quinquina jaune royale, originaire de Bolivie, es d'une composition régulière, riche et constante.

Voici sa composition :

1° *Alcaloïdes* : *a*) Quinine, 30 à 32 et plus par 1,000; *b*) cinchonine, 6 à 8 par 100; *c*) quinidine, *d*) cinchonidine (quantités très variables); *e*) aricine, paricine, quinamine, paytine et autres bases amorphes (quantités très variables).

2° *Acides :* Quinique, quinotannique, tannique et quinonnique.

3° *Extractif :* Rouge cinchonique et matières colorantes diverses.

4° *Sels :* Le poids des cendres varie de 34 à 58 pour 1,000. Parmi les sels, on doit noter les manganates en assez grande quantité dans les écorces de quinquina jaune royal pour colorer les cendres en vert (Gubler).

5° *Huiles essentielles :* L'huile essentielle isolée par Tromsdorff donne au quinquina son odeur particulière.

Nous appelons surtout, dans cette analyse, l'attention du médecin sur les manganates, dont l'emploi est indiqué dans les anémies, particulièrement dans les chloroses prolongées.

Le quinquina jaune royal étant le plus riche, le plus constant dans sa teneur en produits actifs, il y a un avantage considérable à employer cette variété ; mais il est bien difficile au pharmacien de se procurer directement ses quinquinas chez le producteur, et il est toujours obligé de se pourvoir par l'intermédiaire des droguistes, ce qui lui enlève la possibilité d'être sûr des produits qu'il emploie.

Alors même que le pharmacien pourrait se procurer facilement un quinquina constant dans sa composition, il y aurait encore à tenir compte de la réussite de ses préparations : vins, sirops ou extraits fluides qui, suivant les procédés employés pour les fabriquer, peuvent varier d'une façon considérable.

Les vins de quinquina, par exemple, contiennent fort peu d'alcaloïdes et de principes toniques ; d'abord, parce que le vin n'en dissout qu'une faible partie (1), ensuite parce qu'il les laisse déposer. Le pharmacien, tenant à livrer un vin limpide, se trouve dans la nécessité de le filtrer ; la presque totalité des principes utiles et salutaires reste sur le filtre.

Que dire des écorces du quinquina et des extraits fluides vendus au public pour la préparation du vin de quinquina, sinon que les premières pèchent par la qualité et les seconds par leur mode de préparation ?

Or, il n'est plus à démontrer aujourd'hui, après les travaux des maîtres, Trousseau, Bouchardat, Gubler et surtout dans ces derniers temps, Germain Sée et Dujardin-Beau-

(1) Cela est si vrai que les écorces ayant servi à la préparation du vin sont utilisées pour la fabrication du sulfate de quinine.

metz, que le quinquina est une arme à deux tranchants et que des préparations infidèles peuvent provoquer des troubles gastriques qui nuisent considérablement à l'effet thérapeutique que l'on veut obtenir.

Toutes ces raisons ont déterminé un pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, M. Astier, à préparer un produit qui fût irréprochable tant au point de vue de la commodité du malade que de la sûreté de l'action du médicament. Pour cela il se procure au pays même d'origine un quinquina jaune royal soigneusement titré, et au moyen d'appareils spéciaux il prépare un extrait granulé toujours identique.

Les principes insolubles du quinquina : ligneux, cellulose, résines âcres et irritantes, sont remplacés par des substances solubles. De cette façon, le quinquina soluble Astier contient tous les principes bienfaisants du quinquina jaune royal et représente exactement son bois d'écorce.

Le médecin a ainsi sous la main un médicament qui permet au malade de fabriquer lui-même et immédiatement une dose ou une bouteille de vin de quinquina, à moins que, par goût ou pour se conformer à d'autres indications, il ne préfère mélanger le quinquina à une tisane quelconque ou à de l'eau simple.

On se rend tout de suite compte de la commodité excessive d'un pareil procédé pour les praticiens qui ont à ordonner un traitement tonique ou fébrifuge.

Nous donnons ici les doses moyennes d'emploi que le médecin règlera suivant les circonstances.

*Dose tonique anti-anémique.* — Dans les affections de l'estomac, digestions pénibles, gastralgies, dyspepsie, dans les convalescences, dans les cas d'excès de travail, de faiblesse, aux époques de la croissance, etc. : Pour les *enfants,* un quart de cuillerée à café avant ou après les deux principaux repas; pour les *adultes* une demi-cuillerée à café avant ou après les deux principaux repas.

*Dose fébrifuge.* — Dans les fièvres intermittentes, migraines, névralgies : Pour les *enfants*, une cuillerée à café d'heure en heure avant l'accès; pour les *adultes*, deux cuillerées à café d'heure en heure avant l'accès.

*Dose hygiénique.* — Dans les pays chauds ou dans ceux où les fièvres sont fréquentes, on doit s'en servir comme préservatif aux doses indiquées pour son action tonique.

*Dose apéritive.* — Une demi-cuillerée à café prise une demi-heure avant le repas remplace avantageusement les boissons apéritives, telles que vermouth, absinthe, bitter, byrrh, etc., qui irritent l'estomac.

*Manière de s'en servir.* — Mettre le quinquina au fond d'un verre, ajouter l'eau ou le vin et agiter jusqu'à ce que le quinquina soit dissous, ce qui a lieu presque intantanément.

*Préparation du vin de quinquina.* — Deux cuillerées à bouche dans un litre de n'importe quel vin.

---

## De quelques nouvelles médications.

TRAITEMENT DE LA GONORRHÉE, par le docteur W. ABALY-MADISON
(*The medical Record*, n° 32, 1887, et *Revue de thérapeutique*, 1888).

Le traitement préconisé par M. Abaly-Madison consiste à injecter dans l'urèthre du malade une pâte molle composée de :

| | |
|---|---|
| Acide borique | 2 parties. |
| Glycérine | 6 — |

Pour faire ces injections, on introduit préalablement dans l'urèthre, jusqu'à la portion prostatique, une sonde en caoutchouc durci, au bout de laquelle on fixe la seringue remplie de la pâte médicamenteuse. Au fur et à mesure que l'on presse sur le piston de la seringue, on retire la sonde de façon à ce que la pâte médicamenteuse arrive au contact de la muqueuse de l'urèthre, sur tout le trajet du canal compris en avant de la portion prostatique. Dans les cas de blennorrhagie récente, on peut introduire la sonde jusque dans la vessie.

On répétera cette manœuvre tous les deux jours. Il faut avoir soin aussi de faire uriner le malade avant chaque injection. De plus, pour calmer la strangurie qu'entraîne presque toujours l'injection, il faut recommander au malade de baigner la partie malade dans de l'eau froide.

Sur un total de 30 malades traités par ce procédé, tous ont guéri rapidement, à l'exception de 3, dont un buveur incorrigible, et 2 autres affectés de rétrécissement de l'urèthre.

Ehrmann, dans le *Centralblatt für gesammte Therapie* (septembre 1888, 9), a conseillé dans la blennorrhagie le traitement suivant :

Au début de la maladie, faire des injections avec une solution à 3 p. 100 d'acide borique, préparée suivant la formule :

| | |
|---|---|
| Acide borique........................ | 3 parties. |
| Eau distillée........................ | 100 — |

M. pour injections.

Cette solution est dépourvue de toute action irritante et ses propriétés paraciticides ne sont pas contestables. On peut faire aussi des injections avec la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Résorcine (2 fois sublimée)............. | 6 parties. |
| Eau distillée........................ | 200 — |

M. pour injections.

Le nombre des injections ne devra pas dépasser trois par jour. Les injections trop souvent répétées produisent à l'entrée de l'urèthre une irritation mécanique qui est toujours préjudiciable. Puis, pour que l'injection soit réellement efficace, il est nécessaire qu'elle soit précédée d'une émission d'urine, destinée à opérer le lavage du canal. Or, on ne peut pas toujours obtenir du malade des mictions abondantes, en nombre considérable.

Il faut savoir aussi que la résorcine est d'un prix relativement élevé et que c'est un produit peu fixe, qui se décompose assez facilement.

A une période plus avancée, une fois que la seconde portion de l'urine rendue lors d'une miction a cessé d'être trouble, M. Ehrmann emploie avec succès les injections de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Sulfophénate de zinc............. | 0 gr. 1 décigr. |
| Eau distillée..................... | 200 grammes. |

M. pour injections uréthrales.

Puis, chaque semaine, on augmente le titre de la solution, jusqu'à prescrire 4 à 5 décigrammes de sel de zinc pour 200 grammes d'eau. Il agit à la fois comme léger astringent et comme antiseptique.

Traitement de l'urticaire chronique par l'antipyrine, par le docteur Nitot.
(*Société médicale du IXe arrondissement*, 10 janvier 1889.)

D'une observation où l'antipyrine lui donna un succès, M. Nicot tire les conclusions suivantes :

Il existe deux variétés d'urticaire :

1° L'une d'origine arthritique, à forme aiguë ou chronique, intimement liée à des désordres passagers ou persistants des fonctions digestives ou hépatiques, pour laquelle on devra prescrire les alcalins, tels que l'arsenic et le bicarbonate de soude associés au traitement diététique et à l'abstinence de tout régime excitant;

2° L'autre, d'origine nerveuse, passagère ou permanente, chronique avec intermittences, pour laquelle on emploiera avec avantage les médicaments nervins, en tête desquels se place l'antipyrine.

L'iodol dans les maladies internes, par le docteur Cervesato.
(*Journal de médecine de Paris*, 1889, 10.)

D'après l'auteur, l'iodol, administré à l'intérieur, agit à la manière de l'iode et de l'iodure de potassium. Il active et accélère l'assimilation ; ce qui a pour résultat, d'une

part, l'amélioration de l'état général; d'autre part, l'augmentation de l'urine et de l'urée éliminées. Pendant tout le temps que l'on administre l'iodol à l'intérieur, l'urine contient toujours de l'iode en quantité notable. L'urine fraîche est de couleur normale, parfois un peu plus claire; mais, exposée longtemps à l'air, elle prend une coloration brune plus ou moins foncée, ce qui, très probablement, est dû à la modification de la substance organique dérivée du pyrrhol.

L'iodol est toujours bien supporté à la dose de 1 à 2 grammes par jour. Il n'exerce aucune action spéciale sur la température, la circulation, la respiration et le système nerveux; jamais on n'a observé de troubles du côté de l'appareil gastro-intestinal. Tout au contraire, l'iodol, pris à l'intérieur, produit souvent une augmentation d'appétit; ce qui peut s'expliquer, d'une part, parce que l'iodol, tout en ralentissant la digestion stomacale, ne l'entrave jamais comme le fait si souvent l'iodure de potassium. Il agit même d'une façon favorable sur les troubles intestinaux par suite de ses propriétés antiseptiques.

Même pris à haute dose et pendant un temps prolongé, il ne donne jamais d'iodisme. La dose moyenne est de 1 gramme par vingt-quatre heures, en potion.

La lanoline hydrargyrique dans certaines affections de la cornée, par M. Darier. (*Société d'ophthalmologie*, 12 mars, 1889.)

L'auteur s'est bien trouvé de ces frictions sur la cornée et le globule oculaire dans tous les cas d'infiltration diffuse de la cornée non accompagnée de phénomènes irritatifs aigus. Les kératites superficielles, des kératites interstitielles légères, les leucomes progressifs peuvent être guéris par ce traitement. Pour les kératites parenchymateuses intenses, il faut employer les injections sous-cutanées de sublimé; à la fin du traitement, les frictions à la lanoline deviennent utiles comme adjuvant.

Elles agissent à la fin mécaniquement et par absorption du mercure. Le mode d'emploi est très simple; on introduit avec un pinceau dans le cul-de-sac inférieur de la conjonctive gros comme un grain de blé de la pommade; puis, au moyen du pouce appliqué sur la paupière supérieure, on pratique le massage méthodique de la cornée et du globe oculaire. Ces frictions, faites par les malades eux-mêmes, sont répétées matin et soir; elles sont très bien supportées, même par les enfants, si la pommade a été faite avec de la lanoline parfaitement pure. La formule est la suivante :

Lanoline et mercure vif, parties égales.

Si l'on veut que la pommade se conserve longtemps sans durcir, on y ajoute un quart de vaseline.

L'absorption de la lanoline par la cornée est très active et la stomatite peut arriver après quelque temps. — P. N.

## FORMULAIRE

Prises contre la toux convulsive hystérique. — Maurin.

| | |
|---|---|
| Racine de valériane pulv. | 1 gramme. |
| Digitale pulv. | 0 10 centigr. |
| Sucre pulv. | 1 gramme. |

Mêlez et divisez en 10 prises. — Une toutes les heures, pour calmer la toux convulsive qui s'observe chez les hystériques. — Si la toux survient pendant la période menstruelle, et s'accompagne de dysménorrhée, administrer, de deux en deux heures, une cuillerée de la potion suivante : carbonate d'ammoniaque, 5 grammes; teinture d'opium, 10 gouttes ; décoction de millefeuille, 120 grammes ; sirop de safran, 30 grammes.

N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La fièvre puerpérale a Vienne. — Le service de clinique obstétricale a dû être fermé

à cause d'une épidémie de fièvre puerpérale qui a causé la mort de 30 accouchées. Cette épidémie est due à la mauvaise installation de la clinique. Le professeur Strauss, qui la dirige, avait demandé des améliorations, mais il lui avait été répondu que cela était inutile, parce que la clinique actuelle devait être détruite et remplacée par un bâtiment neuf; d'autre part, quand il fut question de créer ce bâtiment neuf, on avait refusé, sous prétexte que la clinique actuelle était suffisante. *(Bull. méd.)*

## COURRIER

Ouverture du congrès des sociétés savantes. — Le congrès de MM. les délégués des sociétés savantes de Paris et des départements s'ouvrira, au ministère de l'instruction publique, 110, rue de Grenelle, le mardi 11 juin 1889, à midi et demi.
Les journées des mardis 11, mercredi 12, jeudi 13 et vendredi 14 juin seront consacrées aux travaux du congrès.

La séance générale aura lieu dans le grand amphitéâtre de la Sorbonne, le samedi 15 juin, à deux heures précises.

— A la suite du dernier concours, le ministre de l'instruction publique vient d'instituer agrégés des écoles supérieures de pharmacies (section de physique, chimie et toxicologie) MM. Béhal, Gautier, Klobb et Leidié.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 mars 1889, M. le docteur Donnet, directeur-médecin de l'Asile public d'aliénés de Vaucluse, est mis en disponibilité, sur sa demande, et remplacé par M. le docteur Boudrie, directeur-médecin de l'asile d'aliénés de Bassens (Savoie).

Faculté de médecine de Bordeaux. — M. Arnozan, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies syphilitiques et cutanées.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. Imbert, agrégé, est chargé d'un cours de physique.

Faculté de médecine de Nancy. — M. Zilgien, ancien aide d'anatomie, est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique à ladite Faculté, en remplacement de M. Ehrmann, démissionnaire.

École de médecine d'Amiens. — M. le docteur Moulonguet est institué suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

École de médecine de Caen. — M. Guillet, suppléant, est chargé d'un cours de pathologie externe et de médecine opératoire.

École de médecine de Limoges. — M. le docteur Delotte est institué suppléant des chaires de pathologie, de clinique chirurgicale et de clinique obstétricale.

École de médecine de Rouen. — M. Gascard est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

M. Kirmisson, agrégé, suppléant de M. le professeur Richet.

### Leçons sur le pied-bot (1).

La section des tissus à ciel ouvert paraît appelée aussi à rendre des services. Ce procédé a été l'objet d'une communication au Congrès de Copenhague en 1884, par Phelp, élève de Sayre (de New-York) ; il consiste à faire la section complète de toutes les parties molles de la plante du pied qui résistent dans les tentatives de redressement : aponévroses, ligaments, entre autres l'astragalo-scaphoïdien, le tendon du jambier postérieur, etc.

Ce procédé, employé par Phelp dès 1880, s'appuie sur les dissections de Sayre, de Little et d'Adams, montrant que l'équin varus est dû à une rétraction primitive des parties molles, véritable rétraction cicatricielle très dure, très résistante, incapable de céder aux manipulations, à moins de les prolonger pendant très longtemps. Le petit malade présenté à la consultation est très démonstratif à cet égard, le sillon que nous avons déjà signalé chez lui à la plante et au bord interne du pied montre que toutes les parties molles sont fusionnées, et c'est là que siège l'obstacle au redressement. Les manipulations ont produit un très bon effet sur l'enroulement du pied, qui n'existe presque plus, mais la flexion au niveau des articulations médio-tarsiennes persiste ; elle est due manifestement à la fusion d'apparence cicatricielle des parties molles. Si les manipulations, contrairement aux prévisions, ne suffisent pas, l'opération de Phelp paraît très indiquée, mais non la ténotomie, qui ici ne répondrait à rien.

Nous avons déjà dit que William Parker et Shattock avaient trouvé un obstacle à la réduction du côté des ligaments et conseillé de les couper. L'idée n'est du reste pas nouvelle : elle est mentionnée dans la *Médecine opératoire* de Velpeau et a été également recommandée par Streckeisen (de Zurich), mais par la méthode sous-cutanée.

Dans sa communication de 1884, Phelp citait 18 cas favorables, recueillis chez des malades opérés par lui et par différents chirurgiens, et parfois pour des pieds-bots en très mauvaise position. Depuis, cette méthode s'est généralisée. Lévy (de Copenhague) a publié en 1888 (*Centr. für orthopœdische Chir.*, mai) 9 cas, avec des résultats excellents. Kapteyn, dans le numéro d'octobre du même recueil, a mentionné aussi 3 faits suivis de succès. — Bradford et d'autres ont encore augmenté le nombre des bons résultats

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 23 mars 1889.

obtenus à l'aide du procédé de Phelp. En France, ce procédé a peu attiré l'attention, mais il paraît réellement destiné à rendre de grands services dans le traitement du pied-bot congénital.

D'ailleurs Phelp n'est pas exclusif ; il reconnaît que, dans certains cas, il est nécessaire de pratiquer la section du col de l'astragale, ou la tarsotomie cunéiforme du bord externe du pied. En effet, si après avoir sectionné les parties molles, les ligaments et le tendon du jambier postérieur, il existe encore une grande difficulté à ramener le pied dans une bonne position, c'est que l'obstacle ne réside pas uniquement dans les parties sectionnées, et que les déformations osseuses rappelées au commencement de cette leçon jouent un rôle important dans la persistance de la difformité. Le procédé de Phelp présente justement cet avantage de permettre au chirurgien d'apprécier le rôle joué par chacun de ces éléments au fur et à mesure de leur destruction à ciel ouvert, de s'arrêter quand les obstacles sont détruits, et de ne s'arrêter que quand ils sont tous détruits ; on n'agit pas à l'aveugle comme dans la méthode sous-cutanée, mais on sait où l'on va et ce que l'on fait, et on ne fait que les sacrifices nécessaires.

Ces réflexions peuvent encore s'appliquer à une opération analogue destinée à corriger une autre difformité : la section du sterno-cleido-mastoïdien dans le traitement du torticolis. Dans bien des cas, en effet, la section des insertions tendineuses inférieures du muscle n'a pas suffi à ramener complètement la tête dans sa situation normale, et il est probable que cette réduction incomplète tenait à ce que tous les obstacles n'étaient pas détruits ; par exemple, il pouvait exister entre les tendons et les parties voisines des adhérences que la section sous-cutanée des tendons ne pouvait libérer ; au contraire, en incisant à ciel ouvert au niveau des tendons, on voit ensuite, en essayant de remettre la tête droite, quels sont les obstacles, les fibres ligamenteuses, les adhérences extra tendineuses qui résistent, qui font saillie dans la plaie, sous le doigt, et on les sectionne au fur et à mesure qu'on les découvre. C'est ce que M. Kirmisson a fait avec succès chez un malade qu'il a présenté guéri à la Société de chirurgie dans la séance du 20 février dernier.

Mais, comme nous l'avons dit, il est des cas dans lesquels le procédé de Phelp est encore insuffisant pour remédier au pied-bot.

Dans un cas de ce genre, M. Kirmisson a eu recours à la tarsotomie chez un petit malade de 5 ans, chez lequel, après anesthésie, les manipulations n'avaient rien donné ; l'opération de Phelp, pratiquée ensuite, jusqu'à l'ouverture de l'articulation astragalo-scaphoïdienne, avait permis un redressement partiel, mais insuffisant ; on se décida alors à pratiquer la tarsotomie cunéiforme, comprenant le cuboïde, les cunéiformes, et une partie du calcanéum. Alors on put remettre le pied en bonne position. Il n'y eut pas d'accident après l'opération et l'enfant a bien guéri ; mais on ne peut encore se prononcer sur le résultat définitif, l'opération ne datant pas encore d'assez longtemps.

En résumé, le traitement du pied-bot congénital doit être entrepris aussitôt que possible après la naissance. On doit commencer par les manipulations forcées et progressives ; si elles sont impuissantes à ramener le pied dans une bonne position, il faut avoir recours à la ténotomie, suivie du redressement immédiat du pied ; mais il faut bien se convaincre que la ténotomie, de même que le port d'appareils, n'est qu'un adjuvant et non

l'élément essentiel du traitement du pied-bot ; il faut lui adjoindre un traitement post-opératoire, massage, manipulations, longtemps continué.

Contre l'enroulement du pied, le procédé de Phelp est le plus efficace et le plus sûr.

Dans un petit nombre de cas, on est obligé de pratiquer des opérations sur le squelette. L'extirpation de l'astragale permet d'agir sur l'équinisme, mais ne peut rien sur l'enroulement du pied ; elle ne peut rien non plus sur la saillie laissée sur le bord externe du pied par le calcanéum et le cuboïde, et c'est alors qu'il faut avoir recours à la tarsotomie cunéiforme.

II. — Le pied-bot acquis a des origines diverses et présente des variétés beaucoup plus nombreuses que le pied-bot congénital.

En effet, toutes les affections inflammatoires du pied et de la jambe, les brûlures, peuvent provoquer des rétractions cicatricielles qui mettent le pied dans les situations anormales les plus variables ; les fractures mal consolidées, la paralysie infantile, etc., agissent de même.

La rétraction de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané, à la suite d'inflammations, de phlegmon diffus de la jambe, ou de brûlures, peut amener la flexion ou l'extension forcées du pied sur la jambe avec un degré plus ou moins marqué d'adduction ou d'abduction, suivant le siège de l'affection primitive ; si elle siège à la partie antérieure, le pied se fléchit sur la jambe, et on observe alors un pied-bot talus ; si elle siège à la partie postérieure, on a un pied-bot équin, qui peut être valgus ou varus, suivant la prédominance de la rétraction en dehors ou en dedans du pied.

Ces rétractions cicatricielles sont difficiles à combattre. M. Kirmisson a vu il y a quelques années, à l'hôpital Saint-Louis, un homme affecté de pied-bot équin varus consécutif à une rétraction cicatricielle de la partie postérieure de la jambe pour laquelle il pratiqua la ténotomie du tendon d'Achille à ciel ouvert et le redressement brusque ; il y eut d'abord une amélioration assez marquée, mais bientôt après une récidive, et depuis on pratiqua l'amputation du pied dans un autre service de chirurgie.

La récidive, en pareil cas, est facile à comprendre ; une fois la plaie opératoire guérie, la cicatrice ancienne recommence son travail de rétraction, et à moins de lutter pendant longtemps contre celle-ci, la déformation du pied se reproduit infailliblement.

Les arthropathies de l'articulation tibio-tarsienne déterminent une autre variété de pied-bot. Lorsque ces affections sont abandonnées à elles-mêmes, ou que le pied n'est pas renfermé dans un appareil qui le maintienne en bonne position, le pied se place spontanément dans l'extension forcée avec adduction. La guérison peut avoir lieu dans cette position, et il se produit ainsi un pied-bot varus équin. C'est en particulier ce qui a lieu dans les arthrites fongueuses, de longue durée, à marche lente, lorsqu'on ne les surveille pas attentivement.

Les ostéites et ostéomyélites du pied et de la partie inférieure de la jambe produisent également des déformations diverses du pied, soit par le mécanisme des inflammations cutanées, musculaires ou tendineuses, soit par celui des arthrites tibio-tarsiennes.

Dans certains cas, des fractures malléolaires vicieusement consolidées placent le pied dans l'équinisme et dans le valgus. On recommande en conséquence, dans le traitement des fractures de l'extrémité inférieure de la jambe, de mettre le pied à angle droit avec celle-ci, et l'axe du pied dans l'axe de la jambe, de telle sorte que la crête du tibia soit en ligne droite

avec le deuxième orteil. Le résultat est mauvais si une ligne tirée suivant a crête du tibia se continue avec le premier orteil ou passe plus en dedans. M. Kirmisson a dû faire dans trois cas la résection tibio-tarsienne pour des fractures mal consolidées de cette région; dans les trois cas, il a obtenu la guérison avec un résultat excellent, entre autres chez une femme opérée il y a quelques années à l'hôpital Necker. Cette femme a été revue récemment et le résultat s'était maintenu.

Mais toutes ces déformations ne sont que de faux pieds-bots. Les véritables pieds-bots acquis sont ceux qui sont consécutifs à des paralysies ou contractures musculaires. Les plus fréquents succèdent à la paralysie infantile; huit fois sur dix ils surviennent dans la première ou la deuxième enfance et atteignent un groupe de muscles ou un seul muscle d'un groupe; les muscles paralysés, ou plutôt parésiés, ne pouvant contrebalancer l'action des muscles antagonistes, ceux-ci, continuant à agir seuls, tirent le pied de leur côté.

La contracture musculaire qui produit le pied-bot succède, soit à une inflammation de voisinage, de la peau ou du tissu cellulaire sous-cutané, soit à des lésions nerveuses.

M. Kirmisson a observé plusieurs faits curieux de pied-bot causés par une contracture musculaire d'origine inflammatoire. Chez une malade, observée autrefois à Necker, une phlegmatia alba dolens double avait déterminé la contracture du triceps sural aux deux jambes et produit un double pied-bot équin. On fit des deux côtés la section du tendon d'Achille, le redressement brusque du pied, et on appliqua ensuite un appareil plâtré pour maintenir le pied dans une bonne position. La guérison fut complète.

La dégénérescence fibreuse des muscles agit en pareil cas pour déterminer le pied-bot. Chez un malade actuellement encore à la salle Saint-Landry, n° 19, et envoyé par M. Bouilly, la contracture du muscle jumeau interne avait produit un pied-bot équin.

L'observation de ce malade est très intéressante à un autre point de vue. En effet, le sujet était atteint d'hémophilie, c'est-à-dire que, dans le cours de son existence, des hémorrhagies graves, partant de lésions insignifiantes, avaient mis plusieurs fois la vie en danger. Un jour, sans cause appréciable, apparaît à la face interne du genou et dans le mollet une ecchymose qui aboutit après un assez long temps à la rétraction fibreuse du muscle jumeau interne; peut-être cette hémorrhagie était-elle causée par la rupture d'une varice profonde. Quoi qu'il en soit, il existait un pied-bot équin, auquel on songea à remédier.

M. Kirmisson était un peu effrayé des suites possibles d'une opération pratiquée chez un sujet ayant de tels antécédents; aussi songea-t-il à éviter toute complication consécutive en n'exerçant qu'une compression modérée sur les tissus par l'appareil destiné à maintenir le pied en bonne position. Ses craintes n'étaient que trop justifiées.

Après la section du tendon d'Achille, il obtint un écartement de 3 centimètres et ramena le pied à angle droit; il appliqua sur la petite plaie trois ou quatre rondelles d'amadou, puis un appareil plâtré peu serré.

Le lendemain, le malade accusa des douleurs sur le cou-de-pied, où existait de la rougeur; on coupa l'appareil et on trouva des phlyctènes; il se produisit ensuite en ce point une eschare, puis une petite plaie qui donna lieu à des hémorrhagies incessantes. Une seconde eschare se produisit sous les rondelles d'amadou, au niveau de la plaie de la ténotomie,

puis un phlegmon diffus du mollet, des eschares étendues, des épistaxis. Bref, le malade fut à deux doigts de la mort; aujourd'hui, l'état local et l'état général sont améliorés, mais la guérison est encore loin.

Les pieds-bots d'origine nerveuse, en dehors de ceux qui sont consécutifs à la paralysie infantile, sont généralement de nature hystérique. Ce sont des pieds-bots équins, déterminés par une contracture du triceps sural.

Les lésions anatomiques qu'on observe dans les vrais pieds-bots acquis que nous venons de décrire ne sont manifestes qu'au bout d'un certain temps. Au début, il n'existe ni lésions articulaires ni lésions osseuses, l'affection primitive portant sur les muscles de la jambe; mais à la longue, par suite de la marche ou de la station debout sur des pieds en mauvaise position, les os du pied, et par suite leurs articulations, se déforment, et alors, quand l'affection est survenue dans l'enfance et qu'on examine le pied-bot dans l'adolescence ou l'âge adulte, il est difficile de savoir s'il est congénital ou acquis. La variété de la déformation peut cependant mettre sur la voie à cet égard.

En effet, nous avons vu que, par ordre de fréquence, les pieds-bots congénitaux venaient dans l'ordre suivant: pieds-bots équins varus, valgus et talus, les plus communs étant les varus et les plus rares les talus; les pieds-bots acquis suivent un ordre de fréquence inverse; les plus communs sont les talus, puis viennent les valgus, et enfin les varus. Par conséquent, étant donné un pied-bot varus équin, il est très probable qu'il est d'origine congénitale, alors que la même probabilité existe en faveur de l'origine acquise d'un pied-bot valgus ou talus.

Signalons encore comme élément de diagnostic les lésions trophiques qu'on observe sur les membres atteints de paralysie infantile et qui n'existent pas dans le pied-bot congénital: ce sont des maux perforants, des ulcérations qui ont été bien étudiées dans ces derniers temps, en particulier par M. le docteur Nepveu.

M. le professeur Lannelongue, qui a bien établi le diagnostic différentiel du pied-bot congénital et du pied-bot acquis dans sa thèse d'agrégation (1869), insiste encore sur l'existence de lésions articulaires et osseuses beaucoup plus prononcées dans le premier genre que dans le second, la laxité du pied au niveau de l'articulation tibio-tarsienne dans le pied-bot paralytique contrastant avec la rigidité articulaire souvent très grande dans le pied-bot congénital, et portant surtout sur l'articulation médio-tarsienne. S'il existe un double pied-bot, la déformation est de même variété des deux côtés, d'abord si elle est congénitale; elle est souvent d'ordre contraire si elle est acquise.

Mais s'il est facile de réduire les pieds-bots paralytiques, à cause de la laxité des articulations, le rétablissement de la fonction est plus difficile à obtenir dans le pied bot acquis que dans le pied-bot congénital, à cause des lésions musculaires. Aussi le traitement diffère-t-il beaucoup dans les deux variétés.

Dans le pied-bot acquis, paralytique, il faut faire une place minime aux opérations osseuses, qui sont en général plus nuisibles qu'utiles. Après l'ostéotomie, on a souvent un pied ballant; si l'on enlève l'astragale, on remet le pied dans une bonne position; mais, les muscles de la partie antérieure de la jambe étant paralysés, le pied retombe. Il faut donc surtout s'adresser, dans le traitement du pied-bot paralytique, aux moyens capables

de rétablir la fonction musculaire (électricité, massage, douches locales) ou de remplacer les muscles paralysés (appareils). Dans certains cas exceptionnels, où la déformation est portée à un très haut degré, on peut avoir recours d'abord, pour ramener le pied dans une bonne position, à la ténotomie et à l'ostéotomie.

Les indications dans le traitement du pied-bot hystérique ne sont pas encore établies d'une manière définitive; mais les travaux récents de M. le professeur Charcot ont démontré qu'il valait mieux s'abstenir de tout traitement chirurgical pendant la période de contracture aiguë. Si on intervient à ce moment, par des tentatives de réduction, ou la ténotomie, etc., l'intervention semble donner un coup de fouet à la maladie générale et l'aggrave. Au contraire, si l'on attend que cette période soit passée, que la contracture soit calmée et ait fait place à une véritable rétraction musculaire, on peut pratiquer alors la ténotomie et corriger la déformation. On trouvera d'ailleurs l'exposé de la question dans un mémoire communiqué par M. Terrillon à la Société de chirurgie en 1888.

L.-H. PETIT.

---

**Epithéliome paradentaire présentant tous les signes d'un sarcome du maxillaire inférieur. Résection du maxillaire. Guérison.**

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans les séances du 22 décembre 1888 et du 12 janvier 1889.

Par le docteur POLAILLON.

M. S... (Antoine), âgé de 53 ans, instituteur, m'a été adressé, le 19 octobre 1888, par mon ami le docteur Alfred de Chammard (de Tulle). Il fut couché au nº 34 de la salle Broca, à l'hôpital de la Pitié.

Vers le commencement de 1883, il s'aperçut qu'il portait sur la branche horizontale du maxillaire inférieur, du côté droit, une tumeur grosse comme un haricot. Dans les années qui avaient précédé, il n'avait éprouvé que des poussées fluxionnaires siégeant de préférence à droite. Ses dents étaient très mauvaises.

Pendant un an la tumeur resta stationnaire et indolente. On fit des frictions avec une pommade iodée.

Vers la fin de l'année 1883, le malade fut pris subitement d'une violente douleur dans la moitié droite de la face et du crâne. Cette douleur ne dura que vingt-quatre heures, mais fut suivie d'une gêne dans la mastication et la déglutition du côté droit. Depuis ce moment la tumeur augmenta d'une manière progressive. Au bout d'une année elle avait la grosseur d'une noix. Au mois d'octobre 1887, elle avait le volume d'une grosse pomme, et devint le siège d'élancements très douloureux, qui durèrent plusieurs mois. Enfin, elle se mit à faire des progrès si rapides qu'au moment de l'entrée à l'hôpital, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme.

En même temps que la tumeur s'était développée en dehors, elle avait aussi envahi la cavité buccale et soulevé la gencive, qui était devenue violacée.

En mai 1888, il se forma sur la gencive une prolifération végétante en forme de champignon. Celui-ci se sphacéla, et le malade put l'arracher avec les doigts. Mais il resta une ulcération qui, chaque jour, donnait lieu à de petites hémorrhagies. La salivation était très abondante et l'haleine fétide. Les douleurs caractérisées par des picotements extrêmement pénibles, surtout pendant la nuit, ne s'irradiaient pas vers l'oreille.

Comme antécédents héréditaires, rien à noter. Comme antécédents personnels, rien à noter non plus. La constitution du malade est bonne.

A l'entrée du malade, je constate, à la partie inférieure de la joue droite, une tumeur grosse comme une tête de fœtus. La tuméfaction commence au niveau du lobule de

l'oreille et cesse au niveau de la ligne médiane du menton. Elle descend, à la partie inférieure, jusqu'au tiers moyen du cou. Elle est lisse à sa surface, de forme hémisphérique, recouverte d'une peau amincie, mais saine. Sa consistance est variable : d'une dureté ligneuse en certains points, elle est molle en d'autres endroits, et produit la sensation d'une fausse fluctuation. Dans la partie de la tumeur qui avoisine le menton, la pression donne très nettement la sensation de parchemin. La pression n'est pas douloureuse. La sensibilité de la peau est normale.

En faisant ouvrir la bouche, on voit, à la place de la gencive, à droite, deux saillies, grosses comme des noix, et placées l'une au devant de l'autre. Ces saillies sont d'un rouge vineux, ulcérées à leur surface et versent presque continuellement un peu de sang. Les grosses molaires sont tombées, Les petites molaires sont très ébranlées.

En promenant le doigt sur le plancher de la bouche, on sent une dureté qui fait corps avec le maxillaire inférieur, qui se prolonge jusque vers la ligne médiane et qui soulève la langue. Cet organe est absolument sain et libre dans tous ses mouvements. La muqueuse du plancher de la bouche a sa couleur normale et glisse sur la tumeur.

En résumé, la tumeur fait corps avec le maxillaire inférieur. Elle s'est développée dans sa portion horizontale. Elle s'étend depuis la symphyse du menton jusqu'à la branche montante, qui ne participe pas à la maladie. Elle s'est développée dans le centre de l'os. En repoussant le tissu osseux en dehors, elle l'a perforé dans certains points; dans d'autres, elle a aminci sa table externe, de manière à lui donner l'épaisseur et la souplesse d'une feuille de parchemin.

Tous ces signes sont ceux d'un ostéo-sarcome du maxillaire inférieur. Nous verrons que le microscope a modifié le diagnostic clinique.

Le diagnostic conduisait à faire l'ablation de cette tumeur.

L'*opération* eut lieu le 25 octobre 1888.

Le malade étant chloroformé, une incision courbe, à convexité inférieure, fut dirigée du lobule de l'oreille à la commissure droite des lèvres. Une seconde incision, courbe et située un peu plus bas que la première, circonscrivit une tranche de peau amincie sur la partie la plus saillante de la tumeur.

Sans pénétrer dans la cavité buccale, la tumeur fut disséquée, du côté de la joue et du côté du cou, aussi complètement que possible. Pendant cette dissection, l'artère faciale fut coupée et liée à ses deux bouts.

La tumeur ayant été mise à nu jusqu'à la muqueuse buccale, la lèvre inférieure fut fendue au niveau de la commissure droite, puis rapidement détachée du maxillaire inférieur. Celui-ci fut scié avec une scie à chaîne sur la ligne médiane.

En luxant la moitié droite du maxillaire en dehors, je pus séparer de sa face interne toute la muqueuse buccale, qui était saine du côté de la joue et du côté du plancher de la bouche. Les muscles masséter, ptérygoïdien interne et temporal furent alors coupés. Je n'eus plus qu'à imprimer un mouvement de torsion à la branche montante du maxillaire pour désarticuler le condyle.

A la place de la tumeur enlevée, on voyait une vaste plaie, dont la partie interne était formée par la muqueuse buccale et la partie externe par la peau de la joue et du cou.

Après avoir appliqué plusieurs ligatures, je suturai, d'abord, avec de la soie, la muqueuse du plancher de la bouche avec la muqueuse de la joue, de manière à séparer complètement la bouche de la plaie opératoire. Je suturai ensuite la lèvre inférieure et l'incision cutanée avec des fils d'argent, et je perfectionnai l'affrontement avec quelques points de suture superficielle en crins de Florence.

Etablissement de deux drains et pansement de Lister.

Les *suites* de l'opération furent simples. Le pansement fut renouvelé tous les jours ou tous les deux jours dans les premiers temps. La plus grande partie de la plaie opératoire se réunit par première intention. Quelques points suppurèrent et livrèrent passage à des fils de ligature.

L'incision de la muqueuse buccale se réunit très rapidement, de sorte que le pus ne pouvait s'épancher dans la bouche et se mêler aux aliments et aux boissons. L'alimentation du malade en fut très favorisée. Il put, dès les premiers jours, prendre des ali-

ments liquides en suffisante quantité. Au bout d'une semaine, il était assez fort pour se lever quelques heures dans la journée.

Le 11 décembre, il allait à la maison de convalescence de Vincennes.

Le 12 janvier 1889, l'opéré est présenté à la Société de médecine de Paris.

La partie inférieure de la joue droite est très déprimée. Sur la peau, on voit, depuis la commissure droite des lèvres jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire, une cicatrice linéaire, qui est la trace des incisions, et qui est cachée par la barbe qui commence à pousser. Sur un point de cette cicatrice, il y a encore une fistule qui a donné dernièrement passage à un petit fragment osseux.

En faisant ouvrir la bouche à l'opéré, on constate que la moitié gauche du maxillaire inférieur est déviée vers la ligne médiane, et que la moitié droite est remplacée par une masse cicatricielle solide, recouverte par une muqueuse saine. La langue a sa situation normale. Elle est libre dans tous ses mouvements.

L'opéré peut parler sans la moindre difficulté. Il peut déglutir comme à l'état normal. Quant à la mastication, elle est moins gênée qu'on ne pourrait le croire; avec la moitié du maxillaire inférieur, le malade peut mâcher des substances demi-solides, telles que de la viande et du pain, un peu ramolli par la salive. On pourra, d'ailleurs, appliquer une pièce dentaire qui rendrait la mastication beaucoup plus facile et plus complète.

La santé générale de M. S... est très satisfaisante, et la guérison semble complète.

*Examen de la tumeur.* — La tumeur est constituée à l'extérieur par une coque osseuse dépendant du maxillaire très aminci, et à l'intérieur par des masses arrondies, blanchâtres, assez dures dans certains points, molles dans d'autres points où le tissu morbide paraît avoir subi une dégénérescence kystique.

D'après l'aspect extérieur de cette tumeur, on croit à un ostéo-sarcome ou à un sarcome central du tissu osseux. Mais l'examen microscopique montre que l'on a affaire à du tissu fibreux, dans lequel on trouve un nombre considérable de tubes remplis de cellules épithéliales. D'après M. Malassez, cette tumeur appartient à la classe des *épithéliomes paradentaires*.

Il s'agit, en définitive, d'une tumeur qui est aussi maligne qu'un ostéo-sarcome.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 mars. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Cholécystotomie. — Hémorrhagies de l'ombilic. — Plaies de l'abdomen. — Opération d'Alquié-Alexander.

M. Terrillon donne lecture de deux observations de cholécystotomie.

Dans un premier cas, on pouvait sentir une tumeur au niveau de laquelle on fit l'incision; la poche était très adhérente et contenait 700 grammes de liquide presque incolore, mais pas de calculs; il y avait simplement des incrustations calcaires qui furent en partie enlevées avec le doigt. La poche fut fixée et drainée, et guérit en cinq mois par rétraction lente à l'aide de quelques injections de teinture d'iode.

Dans la seconde observation, la poche présentait de petits grains calcaires; elle donna issue à une grande quantité de bile quelques jours après le pansement, ce qui tenait probablement à une désobstruction du canal cystique. L'écoulement continue encore actuellement.

M. Jalaguier rappelle qu'il a parlé, dans la dernière séance, d'une malade chez laquelle, tandis que l'opération n'avait donné issue qu'à un liquide clair, la bile apparut peu après. Cette femme étant morte de tuberculose, on trouva que la fistule aboutissait au canal cystique, qui présentait les traces d'une coudure qui avait dû se redresser au moment de l'opération sous l'influence des tractions. L'absence de tendance à l'oblitéra-

tion de la fistule tenait à ce que le canal cholédoque était oblitéré par un calcul près de l'orifice duodénal; la bile ne pouvait donc reprendre son cours normal.

— M. Polaillon fait un rapport sur un travail de M. Colombe (de Lisieux) relatif à des hémorrhagies par la cicatrice ombilicale. La malade avait présenté à plusieurs reprises des hémorrhagies de nature indéterminée parfois assez abondantes. Elle mourut de cirrhose du foie et on trouva dans le ligament supérieur une veine qui s'était développée pour établir la circulation anastomotique et qui avait été ulcérée par une production morbide.

— M. Berger fait un rapport sur une observation de M. Michaux relative à une plaie par balle de revolver. Le blessé avait été atteint au ventre et présentait du refroidissement, de l'anxiété, de la faiblesse du pouls, etc. Malgré cela, on ne fit point de laparotomie et le blessé guérit. Le projectile fut expulsé spontanément au bout de dix jours. M. Michaux admet que l'on doit explorer les plaies pénétrantes avant de faire la laparotomie.

A ce sujet, M. Berger revient sur l'histoire d'une malade dont il a déjà parlé et qui, à la suite d'une tentative de suicide par le revolver, s'était perforé l'estomac. La perforation était prouvée par les vomissements de sang et des signes de péritonite.

La blessée a guéri spontanément. Le projectile sortit par un espace intercostal du côté opposé et une douille par l'anus. Cela tient à ce que cette femme avait placé successivement dans l'arme une cartouche de 7 millim. qui fit la plaie et une de 9 millim., calibre du revolver, qui ne servit qu'à pousser l'autre.

M. Marc Sée a insisté précédemment sur la nécessité d'explorer les plaies du ventre par balles de revolver avant de faire la laparotomie, qui ne doit être faite que si la plaie est pénétrante.

— M. Reclus rapporte une observation recueillie en Espagne relative à un homme qui s'était logé dans l'abdomen une balle du poids de 22 grammes. Malgré les signes de pénétration qui existaient, on ne fit pas de laparotomie, et le blessé guérit.

Personnellement, dans un cas ou l'exploration digitale lui avait démontré qu'une plaie du ventre était pénétrante, M. Reclus resta dans l'expectation, et le blessé guérit. Dans un fait, où il s'agissait d'un coup de couteau, le doigt lui servit encore à reconnaître que la plaie n'était pas pénétrante.

M. Chauvel croit que l'exploration digitale est souvent fort difficile, surtout quand il s'agit de projectiles de guerre et de balles de revolver.

M. Terrier partage cette opinion.

— M. Schwartz fait une communication sur l'opération d'Alquié-Alexander, c'est-à-dire sur le raccourcissement des ligaments ronds. Il l'a pratiquée dix fois contre des prolapsus, des flexions, des versions, et n'a pas eu d'accidents.

Neuf fois il s'agissait de prolapsus avec rétroversions ou rétroflexions ou avec les deux; une fois d'un prolapsus avec cystocèle, et alors il a fallu faire en même temps l'élytrorraphie. Il faut que les déviations soient réductibles ou très facilement réduites; sinon, l'on échoue.

Comme résultats immédiats, l'organe a été redressé complètement dans six cas, incomplètement trois fois, et l'on a échoué une fois. Dans sept cas, il y a eu suppression complète ou à peu près complète des troubles fonctionnels; ils ont été seulement atténués dans un cas et non modifiés dans deux.

Les résultats tardifs ont été bons pour les rétro-déviations, un peu moins pour les prolapsus; dans trois cas, la réduction ne s'est pas maintenue. Les résultats fonctionnels sont excellents, et, dans deux cas de prolapsus seulement, les opérés n'ont retiré aucun bénéfice de l'intervention.

L'opération d'Alquié-Alexander est donc bonne dans les déviations utérines réductibles ou facilement réduites sans qu'il y ait augmentation notable de l'organe, et dans le prolapsus au premier degré. Si le plancher périnéal est peu résistant, s'il y a cystocèle, rectocèle, il faudra la combiner avec la colporraphie antérieure et la colpopérinéorraphie postérieure.

M. Lucas-Championnière insiste sur ce point que, dans les déplacements et déviations de l'utérus, il faut surtout s'occuper des phénomènes fonctionnels qui peuvent rendre très pénible la vie de la malade. Bien souvent le rétablissement de l'utérus dans sa place normale ne suffit pas à les faire disparaître pour toujours. Il faut donc attendre assez longtemps avant de pouvoir affirmer la guérison définitive.

Dans un cas où une rétroversion se compliquait de douleurs très vives, M. Lucas-Championnière fit la laparotomie pour redresser l'utérus. Il trouva l'organe solidement fixé et dut se contenter de faire l'ablation des ovaires remplis de petits kystes; les douleurs ont disparu.

Dans un autre fait où il fixa l'utérus à la paroi abdominale et où la déviation ne s'est pas reproduite, les souffrances ont reparu.

Il préfère la ventro-fixation à l'opération d'Alexander qui exige une double plaie et ne donne pas de résultats plus certains.

M. Quénu a vu les douleurs reparaître trois mois après un Alexander pour rétroversion douloureuse suivi de succès. Il semble que les souffrances tiennent à des lésions autour de l'utérus.

M. Segond a fait quatre Alexander. Quand il n'y avait pas d'adhérences, déviations et douleurs ont été guéries; dans le cas contraire, l'opération n'a pas donné de bénéfices. Elle est donc surtout applicable quand les déviations sont facilement réductibles.

M. Schwartz a voulu opposer l'Alexander à l'hystéropexie. Il ne convient, il le répète, qu'aux cas simples faciles à réduire et à maintenir. Le retour des douleurs montre qu'il y a des cas où la déviation est secondaire dans leur pathogénie.

M. Richelot regarde l'hystéropexie comme supérieure à l'Alexander.

M. Desprès montre un malade auquel il a enlevé la clavicule pour une tumeur.

M. Le Fort montre une pièce de luxation de l'épaule. La capsule a été déchirée en avant.

— M. Tachard lit un travail sur un kyste hydatique de la rate.

## VARIÉTÉS

### INAUGURATION DE L'ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE A LYON.

Nous reproduisons, en l'empruntant à la *Gazette hebdomadaire*, le discours que M. Vallin, l'éminent directeur de l'Ecole de santé militaire, a prononcé à l'inauguration de cette Ecole :

« Avant tout, vous devez respecter et faire respecter votre uniforme : il faut que vous en soyez fiers. Aussi bien, celui qu'on vous a donné est martial, élégant; il sied bien à votre jeunesse; il vous donnera des satisfactions d'amour-propre, pourvu que vous le portiez avec une correction scrupuleuse. Mais, ne l'oubliez pas, dès que vous l'aurez revêtu, vous aurez abdiqué une partie de votre liberté, vous ne vous appartiendrez plus; vous n'êtes plus un inconnu qui se perd dans la foule et dont on ne connaît ni le nom ni la qualité; vous êtes un élève de l'Ecole du service de santé militaire, qu'on distingue de loin, sur qui se fixe l'attention; et, si par malheur un jour vous vous compromettiez un instant, ce n'est plus vous seul, c'est l'Ecole tout entière que vous compromettriez avec vous.

« Vous faites vos premiers pas dans l'armée, dans une carrière où tous ceux qui ont l'honneur de porter le même uniforme se considèrent, jusqu'à la fin de leur vie, comme solidaires les uns des autres. Cette solidarité est une force que, sans doute, vous n'avez pas encore mesurée; elle est le stimulant qui suscite les plus hauts faits d'armes et les plus grands dévouements; elle empêche aussi les défaillances, car celui qui a déshonoré son uniforme est jugé et renié par ses pairs; il n'y a pas de châtiment comparable à celui-là.

« Cétte justice, vous avez le droit et le devoir de la faire vous-mêmes entre vous; dans cette vie en commun où tout se passe au grand jour, les jeunes gens du même âge se connaissent bien vite, s'apprécient et se jugent. N'hésitez pas à répudier le camarade indigne qui vous paraîtrait capable de compromettre et de déshonorer le titre d'élève et, plus tard, celui de médecin militaire; c'est un devoir que vous auriez à remplir envers le corps auquel vous appartiendrez bientôt.

« C'est par ce respect de vous-même et par cette vigilance réciproque que vous formerez cet esprit de corps qui fait la force et le prestige de l'Ecole polytechnique, de Saint-Cyr, de Saumur, de La Flèche, du *Borda*. Ce qui a fait pendant longtemps notre faiblesse, ce qui a retardé notre unité et notre autonomie, c'est l'absence d'une Ecole du service de santé militaire. Cet élément de vitalité est maintenant entre vos mains; sachez en profiter.

« Cette Ecole nous a été rendue, non seulement pour créer l'esprit de corps et la solidarité, non seulement pour vous donner l'instruction technique, mais encore et surtout pour vous enseigner l'esprit militaire, la discipline, le sentiment de la hiérarchie, ces trois grandes choses sans lesquelles il n'y a pas d'armée régulière et solide, sans lesquelles le corps de santé n'a plus de raison d'être, car les médecins militaires pourraient dès lors être remplacés par des médecins civils empruntés à la réserve ou à l'armée territoriale.

« Messieurs les Elèves, vous n'êtes ici ni des soldats ni des étudiants: vous êtes des élèves officiers, comme à l'Ecole polytechnique, comme à Saint-Cyr. Inspirez-vous de ces Ecoles; empruntez à leur vie intérieure ce qu'elles ont de bon, de noble, de généreux. Vous n'êtes pas gênés par des traditions trop anciennes, où se sont parfois maintenues des pratiques puériles ou brutales. Commencez une tradition nouvelle; soyez de votre âge et de votre temps; respectez-vous et aimez-vous les uns les autres; formez ici de ces amitiés durables qui font le charme de la vie et qui sont si précieuses dans l'armée. Faites honneur à votre uniforme, non seulement dans la rue, mais dans les hôpitaux et devant vos professeurs en robe qui vous feront subir vos examens; faites honneur à la ville de Lyon, qui s'est imposée pour vous de grands sacrifices et qui est fière de vous posséder; à la Faculté, dont vous augmenterez l'éclat et dont vous apprécierez tout à l'heure les immenses ressources; à cette Ecole, enfin, sur laquelle sont fixés en ce moment les yeux de tous les médecins de l'armée, dont vous serez dans quelques années les camarades et les collègues.

« Messieurs, dès aujourd'hui commence votre tâche; je me persuade que le régime de l'Ecole ne vous paraîtra pas trop lourd. Les facilités de travail, les encouragements et les conseils ne vous feront jamais défaut. En ce qui me concerne, vous me trouverez toujours à la fois sévère pour le service et bienveillant pour les personnes. »

## FORMULAIRE

### Gaze iodoformée. — G. Doux.

| | |
|---|---|
| Iodoforme | 50 grammes. |
| Colophane | 0 gr. 20 centigr. |
| Huile de ricin | 0 gr. 50 — |
| Ether rectifié | 500 grammes. |
| Alcool à 90° | 500 — |

Faites dissoudre. — 100 grammes de cette solution, représentant 5 grammes d'iodoforme, sont absorbés par 1 mètre de gaze. On la sèche dans un endroit complètement obscur et chauffé à une température de 25 à 30 degrés, puis on l'enferme dans du papier parchemin, et non dans des boîtes métalliques. — N. G.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Baillon a commencé le cours d'histoire naturelle médicale, le lundi 25 mars, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Objet du cours : « Botanique médicale. »

— M. Peyrot, agrégé, a commencé des conférences de pathologie externe, le lundi 25 mars, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure. — Il traitera des maladies de la tête, du cou, et de la poitrine.

— M. Quenu, agrégé, commencera des conférences d'histologie, le mardi 26 mars, à trois heures (amphithéâtre Cruveilhier), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera du système musculaire, du sang et des vaisseaux, des épithéliums et des glandes.

— Le jury du concours pour deux places de chirurgien du Bureau central est définitivement constitué comme suit :

MM. A. Marchand, Blum, Desormeaux, Panas, Périer, Lucas-Championnière et Mesnet.

— M. le docteur G. Monod, chirurgien honoraire des hôpitaux, est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire au point de vue hygiénique et social.

— M. le docteur Chambé, médecin principal de première classe, secrétaire du comité consultatif de santé au ministère de la guerre, est nommé membre du Conseil supérieur de statistique.

— Le directeur de l'Assistance publique a reçu, de M. Jean Doçan, la somme de 200 francs pour les malades nécessiteux sortant de l'hôpital de la Charité.

— Avant d'ouvrir au public le musée des Religions, M. Guimet, directeur de ce musée, a l'intention de réserver aux étudiants en médecine un après-midi, pour leur présenter lui-même les collections qu'il a réunies. A cet effet, il se tiendra à leur disposition, le jeudi 4 avril, à deux heures de l'après-midi. — Le musée est situé place d'Iéna.

— M. le docteur Andrieu est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international dentaire.

Hôpitaux de Marseille. — Le docteur Louge a été nommé chirurgien adjoint. Voici les questions tirées au sort : 1° Anatomie des sinus craniens et des veines jugulaires ; 2° Circulation veineuse de la tête et du cou ; 3° Traitement des kystes de l'ovaire ; 4° Ligature de la mammaire interne et amputation de la cuisse par le procédé de Teale.

— Nous avons rendu compte, il y a longtemps, du remarquable *Traité clinique et pratique d'hydrothérapie* de M. E. Duval, médecin en chef de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe. Nous apprenons avec plaisir que notre excellent confrère vient d'être décoré de l'ordre du Medjidié par le sultan de Constantinople.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Des accès de fièvre survenant comme complication de certains rétrécissements de l'urèthre, de leur pathogénie, de leur traitement.

Travail lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 mars 1889,

Par M. le docteur Dubuc, ancien interne des hôpitaux.

Certains rétrécissements de l'urèthre, qu'ils soient soignés d'une manière insuffisante ou qu'ils ne le soient pas du tout, donnent lieu à des accès de fièvre d'apparence grave et dont la signification est souvent méconnue.

C'est sur les cas de ce genre que je désire appeler l'attention; j'en vais citer deux exemples que j'ai choisis, parmi d'autres, à cause de leur caractère démonstratif, l'un déjà ancien, ce qui n'ôte rien à sa valeur, l'autre de date plus récente.

Mon premier malade, âgé actuellement de 76 ans, a commencé à se faire soigner de son rétrécissement par Phillips en 1853, à l'âge de 40 ans.

En 1871, il s'adressa à moi; je constatai l'existence d'un rétrécissement long et dur de la région du bulbe.

Je lui donnai des soins intermittents cette année-là, ainsi que les années suivantes : 1872, 1873, 1874.

La méthode employée fut la dilatation; le n° 14 (au tiers de millim.) ne fut pas dépassé à cause de la dureté du rétrécissement; la miction s'accomplissait d'ailleurs d'une manière satisfaisante, la vessie étant pourvue d'une bonne contractilité.

De juin 1874 jusqu'en octobre 1876, je n'avais pas revu le malade; je lui avais recommandé d'introduire ses bougies (12, 13, 14) une fois la semaine et successivement dans la même séance.

Le 12 octobre 1876, je fus appelé auprès de lui.

Il me raconta qu'au mois de mai de la même année, en dehors de tout séjour dans un pays marécageux, mais après avoir cessé de s'occuper régulièrement de son rétrécissement, il avait été pris d'accès de fièvre qui affectaient la forme tierce, sans que leur périodicité fût d'une régularité absolue.

Le frisson, presque toujours intense, était suivi d'une période de chaleur sèche qui se terminait par un peu de moiteur, mais jamais par une transpiration abondante.

Son médecin, homme d'ailleurs éclairé, auquel il n'avait pas parlé de son rétrécissement, lui administra du sulfate de quinine et, au bout de cinq à six semaines, les accès de fièvre parurent céder.

Le malade ne s'était pas douté qu'il pût exister une corrélation entre les accès de fièvre et la lésion de l'appareil urinaire. Il cessa tout à fait d'introduire des bougies. La miction, jusque-là passable, devint plus difficile.

Les accès de fièvre ne tardèrent pas à reparaître plus irréguliers; on lui administra de nouveau du sulfate de quinine, mais sans aucun succès.

De guerre lasse, et constatant l'inutilité du traitement, son médecin lui conseilla de changer d'air et, comme on était en été, le malade alla s'installer à la campagne, où il passa les mois d'août et de septembre.

Les accès de fièvre persistèrent très rapprochés et la nutrition subit une grave altération, par suite de la disparition progressive de l'appétit et d'un dégoût prononcé pour la viande. De temps à autre, il survenait des vomissements alimentaires.

La miction se faisait de plus en plus mal; dans les derniers temps, les besoins revenaient à chaque instant; l'urine sortait goutte à goutte; parfois, elle s'échappait involontairement.

Le malade finit par entrevoir la possibilité d'une relation entre le mauvais fonctionnement de son appareil urinaire et les accidents fébriles qui le minaient.

Ce fut alors qu'il me fit demander le 12 octobre; il était rentré à Paris depuis cinq jours.

Je trouvai un homme pâli, amaigri, dans un état d'émaciation très prononcé.

Toute la muqueuse bucco-pharyngienne était sèche; la langue présentait une coloration brune sur le milieu de la face dorsale; la sécrétion buccale, à peine suffisante pour humecter le papier de tournesol, le ramenait au rouge de bleu qu'il était; sa réaction était franchement acide.

Il me raconta que, les jours précédents, il avait eu au moins un accès de fièvre, souvent deux; dans les dernières vingt-quatre heures, il en avait compté quatre; fréquemment, il lui était arrivé d'éprouver pendant l'accès de vives douleurs de reins.

La miction se faisait très mal, comme je l'indique ci-dessus.

L'urine était de couleur jaune orange foncé, trouble, purulente, exhalant une odeur fétide de putréfaction; il ne s'y déposait pas de matières glaireuses.

Il existait de la matité hypogastrique; la vessie se vidait incomplètement.

Le pouls était à 96; je ne trouve pas, dans mes notes, mention de la température.

Je pus introduire une bougie de gomme n° 6, que je laissai à demeure.

Je prescrivis 0 gr. 50 centigr. de sulfate de quinine, une potion avec de l'extrait mou de quinquina, du lait comme aliment.

Dès le lendemain, il y avait une amélioration notable; la vessie, grâce à la présence de la petite bougie dans l'urèthre, s'était beaucoup mieux vidée; aucun accès de fièvre n'était survenu; la langue était déjà moins sèche, le dégoût pour les aliments moins prononcé.

L'urine avait perdu en grande partie son odeur fétide.

Je pus introduire une petite sonde n° 9 et vider la vessie, qui renfermait encore 180 grammes d'urine.

Cette évacuation complète fut suivie d'un lavage de la cavité vésicale et de la fixation de la sonde à demeure.

Le 14 octobre, la situation était déjà excellente; le malade avait mangé la veille de la viande à son déjeuner et à son dîner; il n'avait pas eu la moindre fièvre; le pouls était à 62. Les besoins d'uriner n'étaient revenus que toutes les trois heures.

La petite sonde n° 9 fut maintenue à demeure.

Les jours suivants, je continuai le traitement par la sonde à demeure en employant des numéros d'un calibre régulièrement croissant, sans noter aucun incident qui mérite d'être signalé.

La fièvre ne reparut pas; la langue s'était nettoyée; l'appétit était régulier; les forces revenaient promptement.

Le 23 octobre, la sonde placée à demeure était un n° 18; je ne cherchai pas à dépasser ce calibre, et, à partir de ce moment, je laissai le malade sans sonde. La vessie avait recouvré la faculté de se vider complètement.

Je complétai le traitement, les jours suivants, par des introductions de bougies Béniqué, et recommandai au malade de ne pas négliger dans l'avenir d'introduire, au moins une fois la semaine, une bougie de gomme du n° 16, ce qui lui était facile.

Sa santé générale s'était rétablie avec une rapidité surprenante, et, de moribond qu'il paraissait au début du traitement, il avait, en moins d'un mois, retrouvé la plus grande partie de ses forces par le seul fait de l'évacuation complète et régulière de la vessie.

Je n'ai pas, depuis lors, perdu de vue ce malade, et je vais, en quelques mots, compléter son histoire jusqu'à la date où nous sommes.

En janvier 1883, il présentait des symptômes de cystite chronique : fréquence des besoins, cuissons en urinant, urine sale, ayant de la tendance à devenir glaireuse; aucun accès de fièvre n'avait reparu depuis le traitement de 1876.

Je constatai que la dilatation n'avait pas été maintenue au degré où je l'avais portée; le malade ne pouvait plus introduire qu'un n° 11.

J'eus de nouveau recours à l'emploi de la sonde à demeure. En une semaine j'arrivai à introduire un n° 21 de la filière au tiers de m. m.

Les jours suivants, comme, malgré l'emploi des lavages avec la solution boriquée, il persistait encore des symptômes de cystite chronique, je fis plusieurs injections dans la vessie d'une solution faible (à 1/1200e) de nitrate d'argent qui les firent disparaître, et j'introduisis des Béniqué jusqu'au n° 44 de la filière au sixième de m. m.

Je recommandai au malade d'introduire plus régulièrement que jamais des bougies, et au besoin des sondes, s'il remarquait que la vessie ne se vidait pas entièrement.

Je n'ai plus eu à lui donner de soins; mais j'ai reçu à diverses reprises de ses nouvelles, la dernière fois au mois de janvier de la présente année.

Il est actuellement âgé de 76 ans. Sa santé est satisfaisante, tant au point de vue local que de l'état général.

Le deuxième malade, que j'ai choisi à titre d'exemple de la complication que j'étudie ici, est âgé actuellement de 65 ans.

En 1868, étant âgé de 44 ans, il avait reçu des soins de Phillips, comme le précédent.

La méthode employée avait été la dilatation, et, pour maintenir le calibre de son rétrécissement, en même temps que vider sa vessie qui retenait une certaine quantité d'urine, Phillips lui avait conseillé d'introduire assez fréquemment une sonde de gomme élastique.

En mars 1873, je lui avais pratiqué l'uréthrotomie interne avec l'instrument de Maisonneuve; il avait à ce moment là, dans la vessie, un fragment de sonde de 12 cent. 1/2 de longueur qui s'y était brisé au moment du cathétérisme et qui fut expulsé spontanément après l'opération.

Le rétrécissement, siégeant dans la région du bulbe, était long et très dur.

L'observation, que j'ai lue devant la Société de médecine de Paris (séance du 28 février 1874), à cause de l'intérêt qu'elle présentait, a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (1874, nos 93, 95, 98).

Je n'avais plus revu mon malade depuis 1873, ni entendu parler de lui, lorsqu'il me fit appeler le 26 mars 1888, juste quinze ans après.

Il avait continué à se sonder, mais d'une façon irrégulière; depuis longtemps il ne pouvait plus passer qu'une sonde du n° 11, à cause de la dureté de son rétrécissement.

Assez fréquemment son urine laissait déposer des phosphates, sous forme de débris assez fins, comme cela arrivait déjà, du reste, en 1873; de temps à autre, il pratiquait le lavage de sa vessie.

Il restait parfois deux mois et plus sans introduire la sonde; sa santé pourtant était demeurée bonne jusqu'à l'invasion des accidents que je vais décrire.

En décembre 1887, il avait éprouvé des accès de fièvre violents, mais peu nombreux, dont il ne s'était pas expliqué la cause.

Le 25 mars 1888, veille du jour où il me faisait appeler, il avait été pris en chemin de fer, se rendant à Paris de la ville de province qu'il habite, d'un malaise considérable, accompagné de vomissements.

A peine arrivé chez sa fille, il avait dû se mettre au lit avec une fièvre très intense, et le docteur Le Maguet, médecin de la famille, avait été mandé auprès de lui.

Ce confrère distingué s'était parfaitement rendu compte, après interrogatoire du malade, que la fièvre avait son point de départ dans l'appareil urinaire; il avait prescrit du sulfate de quinine et réclamé une consultation pour laquelle on me faisait venir le lendemain.

Pendant la nuit du 25 au 26 mars, la fièvre avait été considérable avec vomissements bilieux répétés; après une période de chaleur brûlante, il s'était produit une transpiration très abondante.

Le 26, au matin, un nouvel accès de fièvre était survenu. A six heures du soir, lors de ma première visite, je trouve le malade en plein accès de fièvre avec une température de 41°; il vomit en ma présence des matières verdâtres.

Il urine sans trop de difficulté, mais la vessie se vide incomplètement, ce dont témoigne la matité de la région sus-pubienne. Il se plaint d'éprouver des douleurs de reins.

L'urine répand une odeur piquante, désagréable qui envahit toute la chambre; elle est jaune, de couleur un peu plus foncée qu'à l'état normal; à diverses reprises, elle a entraîné des glaires; elle est louche et contient du pus.

Depuis deux jours, il n'y a pas eu de garde-robes.

Prescription : 30 grammes d'huile de ricin, 1 gr. 20 de sulfate de quinine dans les vingt-quatre heures, thé chaud additionné au besoin d'un peu de rhum, larges cataplasmes sur les régions lombaires et le bas-ventre.

Le 27 mars, le malade nous raconte qu'il a transpiré abondamment la nuit dernière; il a fallu le changer de linge.

Le matin, nous le trouvons sans fièvre; la température est à 36°7, le pouls à 70; l'huile de ricin prise de bonne heure a déjà provoqué plusieurs garde-robes. On continuera le sulfate de quinine à la dose de 0 gr. 75 centigr., les cataplasmes; on donnera comme aliment du lait coupé d'eau d'Evian.

Le 28 mars, nous apprenons que le malade a eu trois accès de fièvre depuis notre visite de la veille, chacun suivi d'une transpiration abondante et prolongée. La miction s'accomplit difficilement, l'urine présente les caractères que j'ai déjà signalés.

Les reins palpés ne présentent ni douleur, ni augmentation de volume.

Je me décide à commencer le traitement par la sonde à demeure; j'introduis, non sans difficulté à travers le rétrécissement, une sonde de gomme n° 11 que je fixe.

Il s'écoule 250 grammes environ d'urine jaune, louche, très piquante au nez.

Je fais un lavage de la vessie avec la solution à cinquante pour mille d'acide borique et cinq pour mille de borax.

On donnera un gramme de bromhydrate de quinine en 4 doses; on lavera plusieurs fois par jour la vessie avec la solution ci-dessus.

Alimentation au gré du malade.

A partir du moment où l'évacuation complète de la vessie a été assurée par la présence de la sonde, les accès de fièvre ont entièrement cessé pour ne plus reparaître.

Le 29 mars, le thermomètre marque 36° le matin, l'urine a déjà perdu en grande partie son odeur piquante. La langue est humide et continue à se dépouiller de son enduit blanchâtre.

Dès la veille au soir, l'appétit s'est réveillé; le malade a réclamé des potages.

On supprime le bromhydrate de quinine.

J'ai profité de ce que j'avais le malade sous la main pour rétablir le calibre de son urèthre; j'ai continué, dans ce but, l'usage des sondes à demeure de gomme, bien entendu, en remplaçant chaque jour celle de la veille par une autre d'un ou deux numéros au-dessus; on avait soin de pratiquer chaque jour 2 ou 3 lavages de la cavité vésicale avec la solution d'acide borique.

Le 5 avril, j'ai enlevé définitivement la sonde qui était un numéro 20; j'ai pu, séance tenante, passer des Béniqué 40, 41, 42, 43, 44.

Le 7 avril, le Béniqué n° 36 passe difficilement, ce qui n'a rien de surprenant, car on sait que le résultat rapide obtenu, au moyen de la sonde à demeure, n'est jamais conservé longtemps en totalité.

L'urine est limpide, sans odeur, de couleur jaune d'ambre, acide au tournesol.

L'appétit est développé, l'état général satisfaisant; les forces sont en grande partie, revenues.

J'autorise le malade à quitter Paris.

Le 26 avril, je reçois sa visite ; il n'a pas éprouvé le moindre mouvement de fièvre depuis son départ.

L'appétit et les digestions sont beaucoup meilleurs depuis le dernier traitement que je lui ai fait subir. L'urine est belle, sans dépôts de phosphates.

Je lui recommande pour éviter le retour des accidents de se sonder une fois par jour et d'en profiter pour laver sa vessie avec la solution d'acide borique.

Dans les cas que je viens de rapporter, le lieu d'origine des accès de fièvre est sans contredit la vessie ; c'est au séjour de l'urine altérée dans le réservoir urinaire, devenu capable d'absorption, qu'il faut les attribuer. Le rétrécissement joue pourtant un rôle capital bien qu'indirect dans leur production, puisque c'est lui qui amène la stagnation de l'urine.

Les reins, malgré les douleurs qu'y accusent parfois les malades au moment de l'accès, me paraissent devoir être mis hors de cause. Je me fonde pour exprimer cette opinion sur un double motif : le résultat négatif de l'exploration rénale et la disparition si rapide de la fièvre et des autres troubles qui s'y trouvent associés, dès qu'on a assuré l'évacuation complète et régulière de la vessie.

Les douleurs lombaires, ressenties au moment des accès, sont dues vraisemblablement à un état congestif passager des reins, d'ordre réflexe.

Maintenant qu'il est admis que tous les accidents infectieux, qui se développent dans l'économie animale, sont fonctions de microbes, il n'est pas téméraire d'attribuer à des micro-organismes ceux que j'ai en vue dans ce travail.

Est-ce la bactérie septique de M. Clado, dénommée pyogène par MM. Albarran et Hallé, qu'il faut incriminer?

Est-ce un autre micro-organisme non encore reconnu? C'est ce que je ne saurais dire.

Certes, mes malades présentaient réunies toutes les conditions qui favorisent le développement des microbes dans la cavité vésicale.

Ils étaient en traitement depuis un grand nombre d'années, bien avant l'introduction de l'antisepsie dans la pratique de la chirurgie des voies urinaires ; ils s'étaient servis d'instruments qu'ils n'avaient pas pris, pour cause, la précaution de rendre aseptiques ; ils vidaient mal leur vessie ; ils étaient atteints de cystite.

Est-ce aux microbes eux-mêmes, introduits dans la circulation et se multipliant dans l'économie, qu'il convient d'attribuer les accès de fièvre? Je ne le crois pas.

J'y vois plutôt le résultat de l'absorption d'un de leurs produits de sécrétion, quelque substance pyrétogène, analogue à celle dont le professeur Hayem entretenait dernièrement l'Académie de médecine, à propos des recherches de M. Roussy, un de ses élèves, substance douée d'une telle activité que l'introduction dans la circulation d'une dose minime suffirait à produire l'accès de fièvre le plus intense. Ce serait à proprement parler des accidents toxiques plutôt qu'infectieux.

On s'expliquerait ainsi leur cessation rapide par l'évacuation complète de l'urine, contenant le poison en dissolution, tandis qu'elle serait difficile à comprendre avec l'hypothèse de microbes introduits dans la circulation et y ayant pullulé.

Si nous abandonnons maintenant la discussion de pathogénie pour nous placer sur le terrain de la pratique, il résulte de la lecture des observations que l'indication capitale à remplir, dans des cas analogues à ceux qui

m'occupent ici, est d'assurer l'évacuation complète de la vessie et de rétablir le calibre de l'urèthre.

La sonde à demeure réussit souvent à fournir ce double résultat parce qu'on a affaire en général à de vieux rétrécis qui la supportent bien.

Si elle échoue, parce qu'elle produit de l'irritation ou parce que le rétrécissement est trop dur pour se laisser dilater, je m'adresse à l'uréthrotomie interne, qu'il faut, malgré des critiques, qui ne sont pas toujours désintéressées, considérer comme une opération bénigne, quand elle est pratiquée suivant des règles précises et très simples, aujourd'hui bien connues.

Les malades, presque tous porteurs de rétrécissements longs et durs, devront maintenir le calibre de leur urèthre, s'assurer que leur vessie se vide entièrement, y pratiquer au besoin des lavages avec une solution antiseptique, celle d'acide borique par exemple, au moindre signe d'altération de l'urine.

Du reste, on obtient d'eux, sans trop de peine, de s'astreindre à des soins, même un peu assujettissants, lorsqu'ils ont reçu l'avertissement, salutaire pour l'avenir, de ces graves accidents fébriles.

L'histoire de mon premier malade, parvenu aujourd'hui à un âge avancé, en jouissant d'une bonne santé, prouve, en outre, qu'avec des soins convenables, un rétrécissement non traumatique, même long et dur, n'abrège que peu ou pas la durée de la vie.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 mars 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un travail sur la mortalité infantile par Mme Roy-Duc;

2° Un rapport de M. Lestage, sur les eaux thermo-minérales d'Hammam-M'Zara;

3° Un tableau des vaccinations et revaccinations pratiquées par M. Gaillard (de Parthenay);

4° Un mémoire sur la méningite aiguë, au point de vue de la médecine comparée, par M. Brunet;

5° Une lettre de M. Kalindéro (de Bucharest), qui se porte candidat au titre de membre étranger;

6° Une observation de M. Bertherand (d'Alger), sur un cas d'aïnhum.

— M. Vallin insiste sur les dangers des poêles à combustion lente, et félicite M. Lancereaux d'avoir attiré l'attention sur eux au point de vue des intoxications aiguës et des intoxications chroniques, à petite dose. Par contre, il ne peut suivre M. Lancereaux lorsqu'il propose de n'autoriser la vente des poêles que lorsqu'ils ont un tirage suffisant pour transformer tout le carbone en acide carbonique.

Ce serait une véritable prohibition, car dans tous les poêles modernes il se forme de l'oxyde de carbone; le public apprécie cependant trop les poêles économiques pour qu'on puisse songer à les supprimer.

Les plus dangereux sont ceux du système dit américain, dans lequel la sortie des gaz est très diminuée; de plus, comme ils échauffent très peu la colonne d'air montante les gaz toxiques refluent au moindre courant d'air.

Il faudrait engager les fabricants à supprimer la clef qui permet de mettre l'appareil en petite marche pendant la nuit, car c'est alors qu'arrivent les accidents. L'annexion

du couvercle dans le poêle est un mauvais système de fermeture, car la saillie métallique du couvercle se détruit. Les cheminées auxquelles on adapte les poêles doivent avoir un bon tuyau que l'on devrait échauffer chaque fois par un feu rapide avant de mettre le poêle.

Il serait bon de répandre dans le public une instruction mentionnant tout cela, mais il vaut mieux laisser ce soin aux conseils d'hygiène. On ne peut guère, non plus, exiger l'examen de la cheminée avant de donner l'autorisation de placer un poêle.

M. Vallin préconise la création d'Associations sanitaires analogues à celles qui existent en Angleterre et assurent l'inspection des maisons par des architectes et des médecins. Les mesures prohibitives ne doivent être employées que lorsque la santé publique est menacée.

M. Le Roy de Méricourt rappelle que, si les poêles ont des dangers, ils ont aussi des avantages : économie de temps et d'argent, facilité d'avoir une température uniforme et douce dans toutes les pièces d'un appartement. Il faut insister sur les précautions à prendre et défendre absolument de garder le poêle dans la pièce où l'on dort. De plus, on pourrait placer dans les pièces un oxycarbonimètre analogue à l'ozonomètre. La quantité d'oxyde de carbone produite est d'ailleurs moins grande que ne l'a admis M. Lancereaux d'après les analyses de M. Boutmy.

Il n'y a pas lieu, de l'avis de M. Le Roy de Méricourt, de faire intervenir les pouvoirs publics.

M. Dujardin-Beaumetz insiste sur ce point que les analyses de Boutmy ne sont pas exactes. Il admet que les gaz qui sortent des poêles mobiles renferment 16,7 p. 100 d'oxyde de carbone et 9,14 d'acide carbonique et ne note pas l'oxygène. M. de Saint-Martin et lui ont repris ces recherches et ont vu que le chiffre de l'oxyde de carbone était toujours inférieur à celui de l'acide carbonique, et que, de plus, si en petite marche la quantité d'oxyde de carbone augmente pendant la nuit, en grande marche, quand on remue l'appareil toutes les heures, elle augmente pendant le jour. Ceci s'explique, si l'on pense que les poêles doivent produire le plus de chaleur possible en petite marche et qu'alors il y a production maximum d'oxyde de carbone; de plus, de l'acide carbonique se réduit en traversant des couches de charbon comburé. On devrait donc pendant le jour faire marcher le poêle à petite marche et en agitant le foyer, et pendant la nuit le faire marcher à grande marche.

L'anthracite ou les houilles maigres donnent pendant la nuit une quantité d'oxyde de carbone inférieure à celle du coke; de plus, elle avertit du danger par son odeur.

— M. Verneuil termine sa communication. Un cas de tétanos étant donné, il est toujours possible de remonter à l'une des provenances qui ont été énumérées et de constater, directe ou indirecte, l'une des contagions : inter-humaine, équino-humaine, telluro-humaine. Cela est possible au moins dans la grande majorité des cas. Les faits où il semble impossible de découvrir par où se fait l'infection deviennent de plus en plus rares.

Actuellement, M. Verneuil a réuni environ 450 faits qui lui ont fourni en faveur de sa thèse trois arguments majeurs tirés : 1° des professions exercées par les tétaniques; 2° des circonstances montrant comment, avant, pendant ou après l'accident, les blessures avaient pu être soumises à la contagion; enfin 3° de la distribution géographique du tétanos équin et humain.

Au point de vue des professions, ce sont surtout les cultivateurs possédant des chevaux, les fermiers, les garçons de ferme, d'écurie, les charretiers, les cavaliers qui sont atteints; viennent après, les jardiniers, maraîchers, etc. Après les professions qui mettent l'homme en contact avec le cheval ou la terre infectée par lui, les prédispositions les plus sérieuses à contracter le tétanos sont certainement fournies, d'une part, par le genre et les propriétés de l'agent vulnérant; de l'autre, par la nature des contacts auxquels les blessés sont exposés. Les contacts peuvent rendre tétanique un blessé quelconque et on retrouve toujours, quand on les cherche bien, le cheval ou ses accessoires.

Enfin le tétanos est fréquent dans certains pays ou règne également le tétanos équin.

M. Verneuil termine par les conclusions suivantes :

« 1° Le tétanos, transmissible entre les animaux de même espèce ou d'espèces différentes, l'est également de l'homme à l'homme, de l'homme à l'animal et réciproquement.

2° Il est vraisemblable que plusieurs animaux domestiques sont capables d'infecter l'homme, mais la démonstration suffisante n'est encore faite que pour les solipèdes.

3° La contagion s'effectue du cheval tétanique à l'homme blessé directement ou indirectement. Le second procédé est de beaucoup le plus commun.

4° Les agents intermédiaires entre l'animal présumé atteint et l'homme infecté sont extrêmement variés et parfois assez multiples pour qu'il soit possible de suivre la piste du microbe ou de ses germes.

5° Deviendra agent tétanifère possible tout objet qui, mis en contact passager ou prolongé avec un cheval tétanique, en recevra le dépôt virulent, et, en tous cas, ne le détruira pas.

6° Tout objet mis à son tour en contact avec un agent tétanifère pourra devenir tétanifère à son tour.

7° Dans le cercle d'infection, on trouvera des corps inanimés et des êtres vivants ayant été les uns et les autres en rapport avec le cheval tétanique ou les objets souillés par lui. Les premiers transmetteurs n'auront point à souffrir du périlleux dépôt. Il pourra en être de même des seconds, mais avec la menace constante de devenir tétaniques par auto-inoculation traumatique.

8° L'homme blessé peut donc recevoir le tétanos de la plupart des objets ambiants mis en contact avec ses blessures; les contacts les plus dangereux et de beaucoup sont ceux du cheval et de tout ce qui en dépend ou lui appartient, puis de la terre cultivée et de quelques-uns de ses produits; d'où la querelle entre les *équinistes* et les *telluristes*.

9° L'accord serait facile si l'on voulait subordonner l'une des provenances à l'autre et reconnaître que si la terre possède une virulence tétanigène, elle la doit à sa souillure par le cheval tétanique.

10° Pour soutenir que dans la double virulence du cheval et de la terre la priorité appartient à l'animal, on peut invoquer trois arguments principaux :

*a)* Le relevé des professions démontrant que ceux-là surtout sont exposés qui sont en contact habituel avec le cheval;

*b)* L'enquête sur la nature des agents vulnérants et sur les circonstances précédant, accompagnant ou suivant les blessures; d'où résulterait que celles-ci sont, dans un grand nombre de cas, souillées par le cheval ou la terre fumée;

*c)* La distribution topographique des tétanos équin et humain montre le rapport numérique intime existant entre les deux.

11° Si, sur les cas de tétanos humain convenablement observés, on recherche la provenance, on constate que les faits conformes à la théorie équine constituent la très grande majorité et que le nombre des faits négatifs sont trop peu nombreux pour ébranler sérieusement la doctrine.

13° L'admission définitive de la nature infectieuse et de la provenance animale du tétanos humain entraînerait certainement des conséquences importantes. Les médecins et les vétérinaires d'abord en profiteront; mais les hygiénistes devront s'en préoccuper également.

Si donc, après la clôture du présent débat, l'Académie se trouvait suffisamment éclairée, je lui demanderais qu'une commission soit instituée dans le but spécial d'étudier le tétanos non plus comme entité pathologique, mais comme maladie infectieuse ressortissant à la médecine publique. »

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 mars 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *Tétanie et dilatation de l'estomac. — Paralysie agitante ancienne améliorée par les miroirs rotatifs. — L'isolement individuel dans la rougeole. — Epidémie de gastro-entérite cholériforme. — Myélite cavitaire.*

M. de Beurmann a pu suivre pendant plusieurs années un individu atteint de dilatation de l'estomac causée et entretenue par de nombreuses erreurs de régime. Après une foule d'accidents divers, cet homme éprouva un accès de contracture tétaniforme qui s'étendit aux muscles respiratoires et causa la mort en peu d'heures. Il avait éprouvé quelques jours auparavant une sorte de crise prémonitoire sous forme de vertiges avec sensation de faiblesse générale, engourdissement des pieds et fourmillement des mains. Le médecin qui observe de tels symptômes chez un malade atteint de dilatation gastrique fera bien de se tenir sur ses gardes. Avec l'observation de M. de Beurmann, on possède jusqu'ici 15 cas de tétanie dans la dilatation gastrique. Le premier a été publié par Küssmaul en 1869. MM. Dujardin-Beaumetz, Hanot, Hayem en ont recueilli plusieurs qui ont été réunis par M. Laprévotte dans sa thèse. M. Bouchard en possède plusieurs observations inédites. Ce ne sont pas d'ailleurs les seules contractures qu'on observe dans la dilatation de l'estomac; les malades qui ont cette affection sont sujets aux crampes et à divers genres de spasmes. Mais les accidents tétaniformes sont d'une extrême gravité, puisque, sur 12 cas, M. de Beurmann relève 8 morts. Plusieurs qui ont guéri ont été en imminence d'asphyxie.

On ne peut appliquer le nom de contracture des extrémités à cette forme de tétanie, bien qu'il y ait début par la contracture des mains et des avant-bras (main en cône comme celle de l'accoucheur, telle que Trousseau l'a si bien décrite dans sa clinique sur la tétanie). Dans la dilatation de l'estomac, il existe une tendance à l'envahissement rapide des muscles du tronc par la contracture, d'où l'asphyxie. Il est certain qu'on ne doit plus considérer la tétanie comme une maladie, mais comme un symptôme pouvant survenir dans beaucoup d'états morbides différents.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer la pathogénie de la contracture dans la gastrectasie. Küssmaul invoque la concentration du sang résultant de la soustraction du liquide à celui-ci par d'abondants vomissements, quelquefois provoqués par le lavage de l'estomac. Dans le cas de M. de Beurmann, le malade n'avait eu ni vomissements ni diarrhée, et n'avait pas subi de lavages.

D'autres auteurs ont attribué la contracture à une action réflexe ayant pour point de départ les nerfs de la muqueuse gastrique. Mais pourquoi ces accidents n'ont-ils jamais été observés dans les affections ulcéreuses, simples ou cancéreuses, dans les cas de corps étrangers volumineux ayant blessé les parois stomacales?

Il semble donc qu'il vaille mieux se rallier à la théorie de l'intoxication proposée par M. Bouchard. Parmi les nombreuses substances toxiques, auxquelles donnent naissance les fermentations continuelles qui se produisent dans un estomac dilaté, peuvent se rencontrer des poisons convulsivants capables de donner la mort à doses extrêmement faibles. Ces substances absorbées à un moment donné par la muqueuse du tube digestif peuvent être la cause des accidents tétaniformes, si les reins ne les éliminent pas assez promptement. Peut-être, en retirant le contenu de l'estomac d'un individu atteint de contracture par gastrectasie, pourrait-on produire les mêmes accidents chez un animal auquel on injecterait l'extrait de ce contenu.

M. Hayem, ayant publié autrefois une observation de contracture dans le cours de la dilatation gastrique, dit que, chez son malade, la contracture n'a pas été la cause de la mort. L'individu a succombé à une sorte d'attaque cholériforme en état de collapsus algide. L'autopsie montra une dilatation veineuse énorme dans tous les viscères abdominaux, par suite des adhérences extraordinaires que l'estomac dilaté avait contractées en divers points de la cavité abdominale; le bol alimentaire ne pouvait plus franchir le duodénum et cet homme est mort surtout d'inanition. M. Hayem pense que les déplacements viscéraux doivent être pris en considération dans l'explication de ces faits.

— MM. Luys et Gaucher ont observé un homme de 44 ans atteint depuis quatre ans de paralysie agitante typique. Tremblement caractéristique des mains, trépidation générale du tronc, raideur des muscles de la nuque, immobilité des traits de la face. Le malade ne pouvait plus porter un verre de boisson à ses lèvres, ni boutonner ses vêtements, ni écrire; sa parole était embarrassée et saccadée. Il ne présentait aucun signe d'hystérie et était aussi borné qu'honnête et ne semble avoir pu prêter au moindre soupçon de simulation.

M. Luys eut l'idée d'essayer sur lui l'action des miroirs à alouettes. L'amélioration ne commença qu'à partir de la huitième séance, les séances étant quotidiennes; à la quatorzième, l'amélioration était considérable. Le tremblement des mains a diminué à tel point que le malade peut porter un verre demi-plein à sa bouche, tandis qu'auparavant il était obligé de placer le verre sur une chaise et de se mettre a genoux devant pour humer le liquide, sans toucher le récipient avec ses mains.

Il est intéressant de constater une semblable amélioration d'une maladie réputée incurable. L'action efficace de ce moyen purement physique réside dans l'influence étrange que des vibrations lumineuses se succédant avec rapidité exercent sur les yeux d'abord, sur les centres nerveux ensuite. Après les premières séances, cette impression n'était pas très accentuée; mais, en s'accumulant jour par jour, elle finit par amener un collapsus général accompagné d'un sommeil spécial, sommeil qu'on pourrait appeler mécanique et qui est doué d'effets sédatifs et thérapeutiques d'une puissance encore inconnue.

M. Joffroy n'est pas absolument convaincu que le diagnostic de paralysie agitante fût hors de contestation dans ce cas. Il s'agit peut-être d'une sclérose en plaques. Mais, les cas incontestables de paralysie agitante n'étant pas rares et la thérapeutique jusqu'ici ayant toujours été impuissante, il ne sera pas difficile de vérifier promptement l'efficacité de la méthode de M. Luys.

M. Luys pense qu'on diagnostique trop souvent la sclérose en plaques. Après avoir passé deux ans à Bicêtre et dix-huit à la Salpêtrière, il n'a vu que quatre autopsies de scléroses en plaques et ne croit pas que M. Charcot en ait vu beaucoup plus.

M Richard (du Val-de-Grâce) estime que le meilleur moyen d'empêcher la rougeole d'exercer une mortalité si terrible dans les hôpitaux serait de réaliser autant que possible l'isolement individuel des rubéoliques. La rougeole, dit-il, est, par elle-même, une maladie bénigne; lorsqu'elle devient meurtrière, c'est par l'effet d'infections surajoutées. Le rubéoleux présente une vulnérabilite extrême à l'égard des germes infectieux pathogènes. Dépouillé de ses épithéliums protecteurs, il offre aux germes un facile terrain de culture : ophthalmies purulentes, diphthérie, bronchite capillaire épidémique, broncho-pneumonie, tuberculose, érysipèle, gangrène, tout cela peut fondre sur lui s'il se trouve dans des conditions hygiéniques défavorables. En premier lieu il faut donc faire de l'antisepsie médicale, comme le font MM. Sevestre et Grancher.

M. Richard propose en outre, pour soustraire les rubéoleux aux chances d'infection réciproque, de substituer à l'isolement en commun l'isolement individuel, unicellulaire. L'accroissement de la mortalité de la rougeole dans les hôpitaux tient non pas à l'augmentation de la virulence du germe morbilleux, mais à la mise en commun des germes pathogènes divers dont chaque malade est porteur, de telle sorte que le nombre des chances d'infection secondaire se trouve multiplié par le nombre des malades. La broncho-pneumonie, en particulier, n'est pas le fait du germe morbilleux, mais d'un germe surajouté comme celui de la tuberculose ou de la diphthérie. La cellule d'isolement serait soumise à la désinfection la plus minutieuse. Car M. Richard met en première ligne l'antisepsie; mais, s'il accepte avec M. Lucas-Championnière qu'il faille préférer l'antisepsie sans isolement à l'isolement sans antisepsie, l'idéal lui paraît être l'antisepsie avec et par l'isolement.

M. Grancher et M. Sevestre ont fait observer que l'isolement individuel proposé par M. Richard, s'il est théoriquement excellent, est inapplicable dans l'état actuel de notre système hospitalier, et que demander à l'Assistance publique une réforme aussi impraticable exposerait à ne rien obtenir d'elle.

Sur la proposition de M. GRANCHER, une commission composée de tous les médecins des hôpitaux d'enfants doit se réunir pour rédiger un rapport sur la question, rapport dont les conclusions puissent être acceptées par tout le monde et fortifiée par le vote unanime de la Société médicale des hôpitaux.

— M. FERNET a observé une petite épidémie de quatre cas de gastro-entérite cholériforme dans des maisons voisines. Une fois la mort en fut la conséquence. Il incline à attribuer l'origine de ces accidents à l'eau de boisson; il paraît prouvé que la Compagnie des eaux ne se gêne nullement pour distribuer de temps en temps de l'eau de Seine au lieu d'eau de source dans certains quartiers ou certains groupes de maisons.

— M. JOFFROY dit que la syringo-myélie ou myélite cavitaire, dont on a parlé dans les précédentes séances, est possible, mais toujours environné de grandes difficultés. Les cas les mieux caractérisés ne sont certains qu'après vérification anatomique. Or, tout en acceptant l'existence du gliome central de la moelle qu'ont décrit les auteurs allemands, M. Joffroy ne l'a jamais rencontré, et, dans quatre cas qu'il a étudiés, les cavités lacunaires s'étaient développées sans contestation possible au milieu d'un tissu de myélite chronique; le nom de myélite cavitaire paraît donc préférable à celui de syringo-myélie. Il a vu deux fois de la syringo-myélie dans la pachyméningite cervicale hypertrophique.

P. L. G.

## FORMULAIRE

POMMADE MERCURIELLE A BASE DE SAVON. — YVON.

Savon noir (neutre autant que possible)...... 1,000 grammes.
Mercure.................................. 10 —

Procédez comme avec l'axonge. — La pommade ainsi préparée se conserve très longtemps sans s'altérer. Elle ne se ramollit pas sous l'action de la chaleur, et elle a sur la pommade ancienne, l'avantage d'être très soluble dans l'eau, ce qui permet de l'enlever par un simple lavage à l'eau froide. — Elle n'exerce aucune action locale irritante.

N. G.

## COURRIER

Par décret, en date du 13 mars 1889, le compte financier de l'Administration générale de l'Assistance publique à Paris est réglé, pour l'exercice 1888, savoir :

Pour les recouvrements, à la somme de.................. 46.521.061 60
Et pour les paiements à celle de........................ 42.725.932 17

D'où ressort un excédent des recouvrements sur les paiements de........................................ 3.594.123 43

CONCOURS D'AGRÉGATION (accouchement). — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du vendredi 22 mars : MM. Tissier, Bonnaire et Rivière : « Des luxations du fémur au point de vue obstétrical. »

— M. Chuffard, chef adjoint du laboratoire de clinique ophtalmologique de la Faculté, a commencé un cours d'histologie normale et pathologique de l'œil, le mardi 26 mars, à cinq heures, à l'amphithéâtre Dupuytren (Hôtel-Dieu), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure.

— M. Déjérine, agrégé, a commencé des conférences d'anatomie pathologique, le mardi 26 mars, à cinq heures (amphithéâtre Cruveilhier, à l'École pratique), et les continuera

les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Il traitera de l'anatomie pathologique générale.

— Les conférences de M. Hutinel, qui devaient avoir lieu à trois heures dans le petit amphithéâtre de la Faculté, auront lieu à quatre heures dans le grand amphithéâtre de l'École pratique.

— M. le docteur Philbert est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international de l'alcoolisme.

MUSÉUM D'HISTOIRE NATURELLE. — M. Édouard Bureau commencera le cours de botanique (classification et familles naturelles), le samedi 23 mars 1889, à deux heures, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera, comme les années précédentes, des plantes fossiles et des plantes vivantes.

Plantes fossiles : Le professeur parlera des plantes fossiles phanérogames et de leurs affinités dans la flore actuelle. Après avoir passé en revue les monocotylédones et les dicotylédones dialypétales et gamopétales, il terminera par des considérations sur l'ordre d'apparition des différents groupes de végétaux sur le globe. Ces leçons auront lieu dans le grand amphithéâtre, tous les samedis à deux heures, pendant les mois de mars et d'avril, et à midi et demi, depuis le mois de mai inclusivement jusqu'à la fin du cours.

Plantes vivantes : Les leçons sur les familles des plantes monocotylédones. Elles se feront dans le laboratoire de botanique, rue de Buffon, 63, et seront à la fois théoriques et pratiques. Elles commenceront le mardi 7 mai, et se continueront les samedis et mardis suivants. Les leçons du mardi auront lieu à midi et demi, celles du samedi à une heure et demie.

— M. Georges Ville a commencé le cours de physique végétale, le samedi 23 mars 1889, à trois heures et demie, dans le grand amphithéâtre, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. Ce cours comprendra deux parties :

Dans la première, le professeur résumera dans leurs grandes ligne les conditions physiques et chimiques qui règlent la production des végétaux.

Dans la seconde, le professeur traitera de l'absorption de l'azote de l'air par les plantes et des moyens économiques de fertilisation qui s'en déduisent.

A partir du mois d'avril, les leçons seront suivies de démonstrations expérimentales au laboratoire de physique végétale, situé, 45 *bis*, rue de Buffon, dans lesquelles le professeur traitera de l'art de diriger les cultures dans le sable calciné, des variations souvent considérables que présente la puissance productive des graines et du parti qu'on peut en tirer dans la pratique agricole pour accroître le produit des récoltes.

— M. P.-P. Déhérain. membre de l'Académie des sciences, a commencé le cours de physiologie végétale appliquée à l'agriculture le mardi 26 mars 1889, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les samedis et mardis suivants à la même heure.

Le professeur traitera du développement des végétaux. — Germination. — Assimilation du carbone, de l'azote, des matières minérales. — Formation des principes immédiats. — Mouvements de l'eau dans la plante. — Respiration. — Transpiration. — Maturation. — Des plantes herbacées et des fruits. — Étude particulière de quelques plantes de grande culture.

Les méthodes analytiques employées dans les recherches de physiologie végétale seront l'objet de démonstrations pratiques, dans le laboratoire, rue de Buffon, 63, ; elles auront lieu immédiatement après les leçons d'amphithéâtre.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

## Sommaire



# BULLETIN

M. Verneuil a terminé, à l'Académie de médecine, l'exposé des motifs et des documents sur lesquels il basait la théorie équine de l'origine du tétanos. On a pu lire dans notre dernier numéro les conclusions de ce long mémoire. Les preuves qui militent en faveur de l'origine équine peuvent se résumer ainsi : 1° La plus grande partie des tétaniques exercent des professions qui les mettent en rapport avec le cheval; 2° ils sont blessés dans des circonstances qui mettent leurs blessures en rapport avec des objets servant aux chevaux; 3° dans les pays où le tétanos humain est fréquent, le tétanos équin est fréquent aussi, et inversement; dans les pays où le tétanos équin est rare, le tétanos humain l'est également.

La doctrine tellurique se confond avec la doctrine équine, car les cas de tétanos dans lesquels on a pu invoquer une intoxication par la terre étaient relatifs à des contacts de blessures avec une terre infectée par les déjections des chevaux. Si la relation entre le cheval malade et l'homme tétanisé n'a pas toujours été trouvée, c'est que cette relation est loin d'être directe, et que le virus prend des voies détournées et multiples pour arriver de l'animal à l'homme.

Quoi qu'il en soit, l'enquête commencée par M. Verneuil depuis plus de

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Charles Darwin, mort il y a un peu plus d'une année, appartenait à une famille de médecins. En 1825, il fut envoyé à Edimburgh pour y commencer ses études médicales. Les deux années scolaires qu'il passa dans cette Université lui semblèrent intolérables, parce que l'instruction ne comprenait que des leçons didactiques. Le docteur William Osler, écrivant sur ce sujet dans le *Canada medical and surgical Journal*, dit que Darwin parle des leçons du docteur Munroe sur l'anatomie humaine comme excitant le dégoût, « C'était un des plus grands chagrins de ma vie, ajoute Darwin, de n'avoir pu disséquer, car je pense que j'aurais ainsi surmonté mon dégoût; et cette pratique aurait eu une valeur incalculable pour mes travaux futurs. » Evidemment ce manque d'intérêt était dû en grande partie à l'absence d'instruction pratique, car pendant l'été, dans la clientèle de son père, il eut le plus grand plaisir à étudier les malades, et une fois il en eut au moins une douzaine.

Darwin semble avoir eu une horreur instinctive de la vue du sang, particularité qu'il tenait de son père, qui, chose assez curieuse chez un praticien à cette époque, ne pouvait pas supporter de voir quelqu'un saigner.

Le grand naturaliste rapporte l'anecdote suivante relative à un incident de la vie de

trois ans lui a permis de baser ses conclusions sur 450 faits recueillis depuis cette époque et dans le but de vérifier sa théorie; la plupart plaident en faveur de cette théorie; c'est à ses contradicteurs de lui opposer un même nombre de faits plaidant pour l'opinion adverse.

— La discussion soulevée par M. Lancereaux, à propos des dangers qui proviennent des poêles mobiles, a été reprise par MM. Vallin, Dujardin-Beaumetz et Le Roy de Méricourt, qui ont confirmé la réalité de ces dangers, mais sans accepter le principe de la prohibition officielle réclamé par M. Lancereaux. Ces dangers tiennent surtout à l'imperfection du mode de fermeture de ces appareils de chauffage, et au mauvais emploi de la clé qui sert à régler le tirage. Il suffit de prévenir les constructeurs et le public pour remédier à ces inconvénients. En première ligne, il convient de recommander au public de ne pas laisser les poêles mobiles dans les pièces où l'on couche, et de ne pas fermer la clé pendant la nuit, mais de les mettre à grand tirage. — L. H. P.

---

## Hôpital de la Charité. — M. le professeur Potain.

### Les troubles intestinaux chez les tuberculeux.

Messieurs,

Je vous ai déjà entretenus d'une femme, tuberculeuse, couchée au n° 13 de la salle Piorry et qui avait été atteinte de vomissements très pénibles que nous avons rattachés à une compression, une irritation du pneumogastrique par les ganglions lymphatiques malades, et traités en conséquence.

Les vomissements ont rapidement cessé sous l'influence du traitement, mais la diarrhée s'est établie avec une fréquence modérée et sans être accompagnée de douleurs. Il est facile d'expliquer son apparition. Les ali-

---

son père. Lorsque celui-ci était encore très jeune, il fut appelé en consultation avec le médecin de la famille auprès d'un gentleman de grande distinction dans le Shropshire. Le vieux médecin dit à la femme du patient que la maladie était de telle nature qu'elle devait se terminer par la mort, fatalement. Le docteur Darwin émit une opinion différente, et soutint que le malade devait guérir. Cependant il mourut. L'autopsie démontra que le jeune médecin s'était absolument trompé, et il reconnut son erreur. Naturellement, il ne s'attendait pas à être jamais consulté de nouveau dans cette famille; mais, quelques mois plus tard, la veuve le fit demander, ayant congédié le vieux médecin de la famille. Très surpris, le jeune Darwin demanda à un ami de la veuve de savoir comment il se faisait qu'on l'eût consulté. La veuve répondit à son ami qu'elle ne voulait jamais revoir l'odieux vieux docteur qui avait dit tout d'abord que son mari mourrait, tandis que le docteur Darwin avait toujours soutenu qu'il guérirait.

***

L'empereur allemand actuel a, comme on le sait, le bras droit plus court que l'autre (c'est peut-être pour cette raison qu'il tient tant à conserver le bras droit de son grand-père, le prince de Bismarck). Cet état du membre, dû à un raccourcissement de l'humérus, est-il congénital ou accidentel? *That is the question!*

On raconte à ce sujet que, lorsque l'époque de sa naissance fut proche, la reine d'Angleterre envoya de Londres deux médecins pour assister sa fille dans son accouchement. Le moment venu, ces messieurs trouvèrent nécessaire de pratiquer la version, mais

ments ingérés étaient rejetés en grande partie par les vomissements et passaient en très petite quantité dans l'intestin; au contraire, la digestion ayant recommencé à se faire, ils ont, par leur abondance relative, irrité le tube intestinal et la diarrhée s'est produite.

Ce n'est pas là la seule cause de la diarrhée des tuberculeux qui dépend de conditions pathogéniques très diverses.

Nous avons vu que les vomissements étaient de trois sortes et relevaient soit de la dyspepsie simple, soit d'une inflammation spéciale, gastrite des tuberculeux, soit d'un trouble de l'innervation gastrique. Trois états de l'estomac correspondent à ces trois catégories : dans la première, il n'y a pas de lésion; dans la seconde, il s'agit d'une inflammation spéciale, accompagnée quelquefois de petites ulcérations, les tubercules étant très rares; enfin, dans la troisième, l'estomac est sain, mais on trouve sur le trajet des pneumogastriques des causes d'irritation ou d'excitation.

Pour l'intestin, on peut faire une division analogue qui différera cependant beaucoup de celle établie pour les troubles de l'estomac : si, en effet, on peut avoir de l'entérite simple, des lésions tuberculeuses et enfin, dans certains cas, des excitations nerveuses prépondérantes, ce qui dans l'estomac est l'exception devient ici la règle, ce qui dans l'intestin est la règle est dans l'estomac l'exception. Dans l'immense majorité des cas, quand la maladie est assez avancée, on trouve dans l'intestin des lésions tuberculeuses. Tous les observateurs ont noté cette fréquence, et le docteur Girode est revenu sur ce point l'année dernière : il a examiné 29 cadavres de tuberculeux et a trouvé 25 fois des lésions manifestement tuberculeuses; leur absence est donc une grande exception.

Lorsque la maladie est avancée, il y a à la fois des lésions communes et des lésions tuberculeuses, et la part qu'il faut leur accorder respectivement est très difficile à établir durant la vie. On voit apparaître d'abord des troubles dyspeptiques qui prennent peu à peu plus d'importance, puis ensuite de la diarrhée et des coliques. Cette diarrhée apparaît à une époque très variable selon les cas; chez tel malade, elle manquera jusqu'au der-

---

toutes les tentatives qu'ils firent dans ce but restèrent infructueuses. Le professeur Martin (l'ancien) fut alors appelé, mais refusa de venir, disant que puisqu'on ne l'avait pas considéré comme assez compétent pour accoucher la princesse, il préférait ne pas se rencontrer en consultation avec les médecins étrangers, il fallut un ordre direct du roi pour forcer Martin à se rendre auprès de la patiente. Il vint donc enfin, fit la version, délivra la princesse d'un enfant vivant, remit celui-ci aux mains des autres assistants, et quitta la chambre comme il y était entré, sans dire un mot aux autres médecins. Trois ou quatre jours après, les médecins de Londres trouvèrent le bras de l'enfant cassé immédiatement au-dessous de l'épaule. Cet accident fut-il causé par les tentatives infructueuses des médecins anglais ou par l'unique et heureuse tentative de Martin, c'est ce qu'on ne peut savoir, mais le prince, tout au moins, est d'avis qu'il se serait beaucoup mieux trouvé si sa grand'mère et ses médecins ne s'étaient pas occupés de lui.

Un ancien assistant du professeur Edouard Martin, le docteur B. Scharlau, a rapporté les choses d'une autre façon, qu'il tient de Martin lui-même. Celui-ci a raconté que le bras du prince n'avait pas été cassé, mais qu'il était né avec une atrophie congénitale de ce membre. Lorsque la princesse Victoria fut sur le point d'accoucher, on résolut de prendre comme accoucheur Martin, qui venait d'arriver à Berlin pour occuper la chaire vacante par la mort de Dieterich Wilhelm Heinrich Busch. En outre, on prit comme sage-femme Katharine Stahl, et son médecin ordinaire, le docteur Wegner, qui occupe encore la même situation, devait aussi l'assister. Lorsque le travail commença, la sage-

nier jour; chez tel autre, elle s'établira dès le début de la maladie, quand une auscultation même des plus attentives ne permettra de rien découvrir au sommet.

Parfois elle précède même la toux, et de même qu'il y a une dyspepsie gastrique qui précède la tuberculose ou y prédispose, de même il y a une dyspepsie intestinale qui peut avoir les mêmes suites. Dans quelle mesure la tuberculose prend-elle part à ces désordres du début? Il est impossible de le dire. Cependant, comme toute irritation locale prédispose à son envahissement, cette entérite a une certaine importance. C'est ainsi que, dans certains cas, on voit les tubercules se développer à la suite de lésions locales de l'intestin, sur le collet d'une hernie, par exemple, qui, étant l'endroit le plus serré du sac, devient le siège d'une éruption confluente de tubercules.

Les symptômes, au début de la maladie, se bornent à une augmentation dans la fréquence des selles qui deviennent plus molles et sont au nombre de deux ou trois par jour; il n'y a pas de douleurs. Souvent, pendant quelque temps, tout revient à l'état normal sous l'influence du traitement ou même de la simple hygiène; mais, à un moment donné, la diarrhée devient permanente et alors ce ne sont plus seulement des garde-robes plus liquides que l'on observe, mais elles contiennent des éléments anormaux, des mucosités intestinales assez abondantes pour être facilement reconnaissables. On les constate surtout quand la lésion s'étend au côlon, car alors elles ne sont pas mélangées aux matières fécales, mais les recouvrent. Quelquefois le sang apparaît; il est généralement peu abondant et provient d'hémorrhagies intestinales que l'on a vues, dans des cas rares, entraîner la mort des malades. Le plus souvent, les selles ont une couleur foncée; enfin, dans certaines conditions, elles ont une odeur fétide, spéciale, particulière, par fermentation putride. Les douleurs abdominales s'exagèrent, le ventre devient sensible et il y a, chez quelques malades, des coliques violentes et de véritables phénomènes dysentériformes accompagnés d'un ténesme des plus pénibles à chaque garde-

---

femme, après examen, annonça une présentation de l'occiput, diagnostic qui fut confirmé par le docteur Wegner; mais, au lieu de prévenir aussitôt Martin, on attendit, probablement afin de ne pas partager avec un autre l'honneur (et peut-être aussi le profit) d'avoir délivré la princesse; mais comme le travail n'avançait pas, et que la poche des eaux était rompue depuis quelque temps, on envoya chercher Martin. Il trouva une présentation du bregma et tenta la délivrance, qui fut extrêmement difficile. Mais, malgré son succès, Martin ne fut pas appelé aux autres accouchements. Ceux-ci furent pratiqués par le médecin anglais de la reine Victoria et la même sage-femme allemande. Le bruit courut à Berlin que Martin avait cassé le bras gauche de l'enfant, et qu'il ne s'en était pas aperçu ou n'en avait pas tenu compte, pensant que la fracture guérirait seule. C'est pour cette raison qu'on l'avait évincé.

Quant à la « surdité héréditaire », c'est un fait bien connu que l'empereur Guillaume II a contracté une otite moyenne à la suite d'une rougeole, il y a trois ans. Il est très probable que la constitution scrofuleuse des familles régnantes d'Allemagne, de Russie et d'Angleterre, d'où procède l'empereur actuel, est une prédisposition très puissante à cette complication de la rougeole.

***

Le fait précédent montre qu'on en use avec un certain sans-gêne avec les médecins dans les hautes régions de la société berlinoise. Ce n'est pas le seul exemple de ce genre, si l'on en croit une autre anecdote relative aux rapports du prince de Bismarck et de son médecin.

robe et même dans leur intervalle. Dans ce cas, les lésions s'étendent au rectum.

Chez d'autres malades, elles prédominent au cœcum et on a lès accidents de la typhlite qui apparaissent parfois tout au début. La typhlite récidive alors avec la plus grande facilité, avec entêtement, pour ainsi dire, et quand le patient s'amaigrit, s'affaiblit, se cachectise, on doit penser à la tuberculose même quand le poumon est intact.

Comme complication, on peut citer la formation d'abcès qui viennent s'ouvrir à l'aine, à l'ombilic, dans une région quelconque et sont précédés par de petits foyers de péritonite circonscrite. Ou bien l'abcès ne contient que du pus, ou bien ce dernier est mélangé de matières fécales et il s'établit une fistule.

La diarrhée chez les tuberculeux a une grande gravité. Elle entrave l'alimentation, contribue pour une grande part à l'affaiblissement des malades et est aussi à redouter que les vomissements.

Les lésions de l'entérite des tuberculeux sont variables et, chez tous les sujets que l'on observe, on trouve des lésions complexes. Il peut y avoir purement et simplement de l'inflammation avec épaississement, tuméfaction de la muqueuse ou, au contraire, amincissement qui rend alors l'intestin presque transparent. Généralement, l'épaississement domine. Parfois, il y a de la pigmentation anormale qui peut s'étendre jusque sous le péritoine, mais prédomine dans le tissu cellulaire sous-muqueux. En regardant l'intestin par sa surface péritonéale, on voit les lymphatiques tuméfiés allant à des ganglions gros et ramollis. Sur la muqueuse, les villosités sont épaissies, tuméfiées, rarement atrophiées; il y a une infiltration considérable de cellules lymphoïdes. L'épithélium se tuméfie, tombe et ne se renouvelle pas ou se renouvelle mal, ce qui, comme nous le verrons tout à l'heure, semble avoir une grande importance. Les glandes en tubes sont altérées, leurs cellules tuméfiées tombent dans la cavité et en remplissent le tube qui se dilate inégalement. Quelquefois, il y a des sortes de bourgeonnements à l'extrémité des culs-de-sac et les glandes qui sont simples

---

A la première visite que M. le docteur Schweninger fit au chancelier, l'entretien commença avec grâce et cordialité. Mais le médecin devient pressant, questionneur. Bismarck, trouvant que le médecin lui en demande trop, s'impatiente et éclate tout à coup :

— Ah çà! avez-vous bientôt fini de m'interroger? Cela commence à m'agacer, toutes ces questions dont on ne voit pas le bout!

— Ce sera comme il vous plaira, Monseigneur. Mais je dois vous prévenir que, si vous voulez être guéri sans répondre à des questions, vous ferez bien mieux de vous adresser à un vétérinaire; ces sortes de gens-là ont l'habitude de guérir leurs malades sans les questionner.

A ces mots, le chancelier tressaute sur sa chaise, lançant à son interlocuteur des regards furieux. Comme disait Schweninger : « Si ses yeux avaient été des pistolets, j'aurais été tué raide. » Mais le médecin, qui savait à quoi s'en tenir, ne broncha pas; il soutint d'un œil calme les regards furibonds de Bismarck, qui se calma peu à peu et, se rasseyant, lui dit de son ton le plus tranquille

— Eh bien! questionnez-moi, puisqu'il le faut, mais tâchez de faire vite. J'ose espérer, d'ailleurs, que votre talent en médecine sera aussi remarquable que la grossièreté dont vous venez de faire preuve à mon égard.

*
**

Les déductions fallacieuses qu'on peut tirer de l'examen des statistiques sont bien

deviennent composées. Cela va si loin parfois qu'il se forme de véritables adénomes. Les follicules clos sont toujours pris et profondément atteints. Isolés, ils forment de petites saillies que l'on a décrites sous le nom de psorentérie; agminés, ils se présentent sous la forme de plaques épaisses tuméfiées par la multiplication des éléments lymphoïdes; ces éléments serrés, tassés les uns contre les autres, se gênent mutuellement, gênent la circulation et finissent par être atteints de nécrobiose; alors, ou bien il y a une sorte de petit abcès qui s'évacue au dehors, ou bien un ramollissement caséeux non tuberculeux.

A côté de ces lésions s'en développent de plus spéciales, des spécifiques, des tuberculeuses. L'envahissement prédomine sur les follicules clos. Il y prédomine tellement que l'on a dit que les tubercules n'existaient que là, opinion reconnue aujourd'hui trop exclusive. Cette élection explique pourquoi les lésions spécifiques se rencontrent dans l'intestin et sont bien plus rares dans l'estomac, où le système lymphoïde est beaucoup moins développé. On rencontre encore les tubercules à la base des villosités qui sont englobées, soulevées, déformées et enfin détruites. Les glandes de Lieberkuhn peuvent aussi être envahies.

De même que partout, le tubercule évolue dans l'intestin selon son mode propre. Il se caséifie, se ramollit, la muqueuse se perfore et le produit caséeux est évacué au dehors en laissant une ulcération. Les choses se passent ainsi dans les glandes isolées. Dans les agminées, les tubercules se réunissent les uns aux autres et il se forme de grandes ulcérations; elles sont généralement plusieurs sur chaque plaque de Payer et donnent à leur niveau une forme aréolaire à la surface de la muqueuse. Autour, il y a un certain degré d'épaississement par infiltration simple et tuberculeuse; les parties épaissies se détachent des parties profondes par décollement, ce qui constitue un caractère anatomique un peu particulier.

Au fond des ulcérations se trouvent des inégalités dues à des produits tuberculeux. Elles s'approfondissent peu à peu jusqu'à la musculeuse qui ne les arrête que momentanément et enfin arrivent au péritoine, où elles

---

démontrées par certaines remarques publiées récemment sur l'influence de la fumée de tabac sur la diphthérie.

Les autorités municipales de Vienne ont montré à l'aide de la statistique que dans les trois dernières années le nombre des femmes atteintes par la diphthérie était trois fois plus grand que celui des adultes mâles, et, partant de là, on en a conclu que la fumée de tabac était dans une très large mesure, un prophylactique contre la diphthérie. L'usage du tabac n'est ni la seule ni la plus importante différence. Il est évident que les mères passent plus de temps avec leurs enfants et qu'elles sont spécialement exposées à l'inection pendant l'allaitement d'un enfant malade. Il est non moins clair que, en général, les occupations de la femme la tiennent plus strictement confinée dans des maisons peut-être insalubres, tandis que l'homme les quitte ordinairement pour travailler dans des manufactures ou en plein air. L'influence probable de ces conditions doit être élucidée avant qu'on puisse ajouter foi à l'action prophylactique du tabac, fondée plutôt sur la statistique que sur l'expérimentation.

* * *

L'édification de la tour Eiffel, qui touche à sa fin, a fait naître dans quelques cerveaux un curieux projet, celui de la faire servir au traitement de la phthisie pulmonaire par la méthode des hautes altitudes.

Il est certain que la grande élévation de la tour placera sa région supérieure dans un air beaucoup plus pur qu'à sa base; on suppose qu'il sera assez raréfié pour servir aux

s'arrêtent pendant longtemps. Quand on regarde l'intestin à leur niveau par l'extérieur, on voit alors une tache brune, entourée de cordons blancs, gagnant le bord adhérent; ces cordons sont formés par les lymphatiques qui souvent contiennent de la substance tuberculeuse. La perforation dans la grande cavité séreuse est rare par suite de la marche lente des lésions, d'où production d'inflammations et d'adhérences. Quand il y a perforation, elle se fait d'anse à anse; si ce sont des segments rapprochés de l'iléon qui communiquent, le fait n'a que peu d'importance et n'influe pas sur l'issue de la maladie; si, au contraire, ce sont deux segments éloignés du tube intestinal qui entrent en rapport, il s'agit d'une vraie complication, car les aliments ne restent plus assez longtemps dans le tube digestif et l'absorption en est encore ralentie d'autant.

Les diverses lésions que je viens de vous décrire se répartissent très inégalement. L'iléon est la partie de l'intestin la plus fréquemment atteinte, surtout vers sa fin, le maximum des altérations se trouvant sur la valvule de Bauhin elle-même. Dans le côlon, les lésions sont moins constantes et sont d'autant plus rares que l'on se rapproche davantage du rectum. D'autres fois la tuberculose, je vous l'ai déjà dit, prédomine au niveau du cœcum. Le gros intestin est souvent inflammé un peu partout et présente alors des exsudats membraneux que les Allemands ont appelés diphtéritiques.

D'une façon générale, les ulcérations sont transversales à l'axe de l'intestin parce qu'elles suivent les voies lymphatiques. Quand la prolifération tuberculeuse ne va pas trop vite, il se produit une transformation fibreuse et une cicatrice. La guérison de la maladie est très difficile à obtenir, mais celle de la lésion est possible, et on pourrait répéter l'expression de Virchow à propos du cancer qui, dit-il, tend naturellement à la guérison. En fait, il y a guérison sur place, mais propagation au loin et il en est de même pour la tuberculose de l'intestin. Quand la cicatrisation se fait, le tissu conjonctif se rétracte, et il se forme ainsi des rétrécissements qui peuvent devenir graves et donner lieu à des accidents d'obstruction. Quand

---

mêmes usages que dans les stations de montagnes, Davos par exemple, et que la mode viendra bientôt de faire une cure de tour Eiffel.

Il est à craindre cependant que les malades ne consentent pas à séjourner en haut de la tour, quand même le constructeur leur procurerait tout le confortable que leur état pourrait nécessiter; sans doute, ils ne se plaindraient pas trop dans la journée, mais la nuit il est très probable que les sifflements du vent ne leur permettraient guère de dormir. Cependant, en dépit des obstacles qu'on peut prévoir à la réalisation de ce projet, on dit que M. Eiffel est sur le point d'essayer sur lui-même l'effet de l'air raréfié en demeurant pendant un certain temps dans la chambre supérieure de sa tour. L'expérience, si elle a lieu, sera certainement suivie avec le plus grand intérêt.

*
* *

*Lyon médical* mentionne un certain nombre de remèdes contre la stérilité, qui, pour douteux qu'ils soient, n'en présentent pas moins un certain intérêt.

Dans les environs de Brest il existait encore, en 1820, une chapelle dont le saint, — saint Guignolet, — guérissait la stérilité.

La statue de ce saint était ornée des attributs caractéristiques d'un Priape païen!!!

Les femmes stériles ou qui croyaient l'être s'en allaient racler la verge à saint Guignolet, — devenu un Priape chrétien, — faisaient infuser cette poudre dans de l'eau prise dans une fontaine voisine, et avalaient le tout!

Elles étaient sûres après d'avoir des enfants.

les ulcérations ont porté sur les valvules conniventes, ces dernières forment des rétrécissements valvulaires qui sont alors séparés par des dilatations ampullaires.

Il est vrai que ce sont là des curiosités anatomiques. Du reste, les rétrécissements se voient surtout dans l'intestin grêle où ils sont moins graves, les aliments étant liquides dans cette partie du tube intestinal.

Les bacilles sont difficiles à constater dans les lésions tuberculeuses de l'intestin. Néanmoins ils y existent, surtout dans les follicules clos, et Girode les a rencontrés vingt-cinq fois sur vingt-neuf cas. On a dit qu'ils ne se rencontraient dans les follicules que quand le revêtement épithélial était détruit; autrement il n'y a que des lésions communes. Il en résulterait que l'antérite préexiste aux bacilles.

L'entérite tuberculeuse se produit de façons diverses. L'intestin peut être pris en même temps que tous les organes dans la tuberculose généralisée; mais, dans l'immense majorité des cas, il n'en est point ainsi, l'infection se produit par inoculation locale. Quand on donne à manger à un animal des matières tuberculeuses, il devient tuberculeux et les lésions prédominent dans l'intestin. Même quand l'introduction est longtemps continuée, cela ne se voit environ que dans 21 p. 100 des cas. C'est ainsi que l'on peut expliquer l'antérite tuberculeuse par la déglutition des crachats. Il est donc de toute nécessité que les phthisiques évitent de dégluter les produits de leur expectoration. Cela est impossible à obtenir chez l'enfant, et telle est sans doute la cause de la fréquence, à cet âge, de la tuberculose de l'intestin.

Le traitement de l'entérite des phthisiques est prophylactique et symptomatique.

Il faut, je viens de vous le dire, faire l'éducation des malades pour les empêcher d'avaler leurs crachats. Ces derniers doivent être reçus dans un crachoir humide qui est nettoyé par un lavage à l'eau bouillante. N'oubliez pas qu'il est très dangereux de laisser les produits de l'expectoration se dessécher à l'air libre.

---

Plus d'une fois, dans mes voyages, j'ai suivi des pèlerinages :

Quand j'étais jeune, je préférais ceux qui avaient pour but de combattre la stérilité; j'ai pu constater que, si les vœux des pèlerins étaient exaucés... neuf mois après, le saint qu'on allait invoquer n'y était pour rien.

Comme je préfère à saint Guignolet, la chapelle de Saint-Basle (près Ligneville, canton de Vittel). Il y a là une pierre inconnue; si on a la chance de marcher dessus, on est sûr de voir la stérilité disparaître.

Il n'y a que saint Guignolet qui ait ce privilège de se voir gratter par les femmes à l'endroit que vous savez...

Saint Greluchon, aux environs de Romorantin, saint Pousse-Cul, dans les Vosges, plusieurs autres encore en France, bénéficient aussi de leur bonne réputation.

J'ai moi-même ouï dire qu'aux environs de Poitiers, il existe une pierre (par exemple, je ne sais à quel saint elle est vouée) qui possède également de puissantes propriétés créatrices. Elle est percée d'un trou dans lequel les femmes qui désirent devenir fécondes enfoncent le doigt.

Un jour, une d'entre elles, désireuse au plus haut degré de mettre fin à sa stérilité, y plongea les deux mains. A partir de ce moment, elle eut régulièrement, chaque année, bon gré mal gré, un enfant. Après le dixième, la fécondité cessa. Elle eut autant d'enfants qu'elle avait de doigts aux deux mains.

Doutez, après cela, des propriétés de cette pierre magique!

SIMPLISSIME.

On doit éviter de prendre des aliments où peuvent se trouver des bacilles. C'est le lait qui est surtout à éviter et on peut éloigner tout danger en le faisant bouillir.

Le traitement médical est difficile, pénible, surtout quand la diarrhée devient colliquative. Au début, on recourra surtout aux prescriptions hygiéniques, et en choisissant judicieusement les aliments on évitera de fatiguer l'estomac des malades. Bien que la suralimentation donne quelquefois des succès, elle ne réussit, évidemment, que quand les substances alimentaires sont absorbées, il faut donc éviter les excès de nourriture. On doit mesurer la capacité digestive de chaque malade et rechercher de même, pour chacun d'eux, les aliments qui conviennent le mieux. Une mastication suffisante est très nécessaire, et on ne saurait trop le répéter car, si tout le monde le sait, tout le monde l'oublie. D'une manière générale, on évitera les aliments qui contiennent une grande quantité de fibres et on choisira surtout les purées et les féculents.

Quand tout cela ne suffit pas, il faut chercher à arrêter la diarrhée par des moyens artificiels. La pancréatine peut être très utile pour aider la digestion, et j'ai retiré souvent un grand bénéfice de son emploi; de très petites quantités suffisent, car il semble qu'il s'agisse d'une sorte de mise en train de l'acte digestif. On peut y joindre l'usage des amers.

En tête des agents médicamenteux proprement dits se place le tannin. Le seul inconvénient de son emploi est qu'il irrite un peu l'estomac; de plus, il a quelquefois un goût détestable. Le goût spécial manque dans le tannin à l'alcool que l'on doit employer exclusivement et en solution assez étendue, 2 p. 100. Une cuillerée à café de cette solution contient 0,10 de tannin. Il faut atteindre par jour 50 centig., 1 gramme et quelquefois plus. Le mieux est de donner ce médicament en plusieurs fois dans de la tisane de fleurs d'oranger qui masque le mieux le goût.

Mais les malades se fatiguent vite quand le succès n'est pas immédiat, aussi emploiera-t-on comme succédanés le cachou, le ratanhia, le kino, etc.

Quand l'acidité de l'estomac est exagérée, l'eau de chaux est fort utile à la dose de 100, 150, 200 grammes par jour.

Un agent pour ainsi dire indispensable est l'opium, le roi des sédatifs. Il calme l'irritation, modère les flux et fait disparaître la douleur. Quand on le donne par le rectum, on choisira le laudanum. Quand on le donne par l'estomac, il vaut mieux recourir à une des vieilles préparations : la thériaque, le diascordium. Les anciens thérapeutes pensaient évidemment que chacune des substances qui entrent dans la préparation complexe gardait son action propre et que l'économie choisissait ce dont elle avait besoin. Mais la thériaque se compose de substances ligneuses en poudre et d'opium, et ce dernier est seul actif; 1 gramme de thériaque équivaut à peu près à 1 centig. d'extrait d'opium. On en obtient de meilleurs effets que du laudanum, et cela tient à ce que, tandis que ce dernier est absorbé dans l'estomac, l'opium de la thériaque est pour ainsi dire incorporé aux poudres inertes auquelles on l'a mélangé et agit peu à peu le long de l'intestin. De plus, quand on emploie le laudanum, il se développe souvent avant qu'il n'agisse un certain degré d'ébriété narcotique qui est à éviter.

Le diascordium est un peu plus astringent. On le donne souvent mélangé au sous-nitrate de bismuth qui agit par absorption.

Enfin quand les phénomènes de phlegmasie dominent, il peut être utile de recourir aux révulsifs cutanés : badigeonnages de teinture d'iode, cataplasmes sinapisés et même vésicatoires.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Des kystes dermoïdes intra-crâniens.* — M. Lannelongue a rapporté une observation qui explique la pathogénie tout entière de ces kystes et leur point de départ dans le tégument externe. Cette observation démontre que, malgré la présence d'une épaisse couche osseuse entre la paroi du kyste et les téguments, ces deux parties sont réunies l'une à l'autre par un faisceau fibreux, indice de l'enclavement d'une portion de la peau du crâne pendant la vie intra-utérine. On peut donc élargir encore la proposition de M. Verneuil et poser la loi suivante : « Tout kyste dermoïde émane de l'enclavement ou de la persistance de l'ectoderme provenant d'une fissure embryonnaire. »

Il reste à élucider un dernier point : celui qui a trait au siège exclusif de ces kystes dans la région de l'inion, c'est-à-dire dans les fosses postérieures du crâne. Tout porte à croire qu'il se fait un pli tégumentaire dans les dépressions qui existent normalement entre les vésicules cérébrales. Qu'un pincement de l'ectoderme se produise en ce point, et l'îlot enclavé, qui sera le futur kyste, se trouvera nécessairement interposé entre le cerveau antérieur et le cerveau postérieur. La flexion prononcée que présente le cerveau de l'embryon à ce niveau, peut contribuer à la formation du pli tégumentaire, et il n'est pas jusqu'au développement de la tente du cervelet qui ne puisse entraîner dans la profondeur les parties enclavées.

En résumé, les kystes dermoïdes intra-crâniens ont leur siège exclusif dans les fosses cérébelleuses. C'est là une donnée qui peut éclairer le diagnostic clinique et qui servira peut-être un jour de guide dans la thérapeutique chirurgicale de ces tumeurs. Le seul traitement rationnel, en effet, est la trépanation du crâne suivie de l'extirpation de ces kystes.

*Sur l'action physiologique de l'exalgine et l'action comparée des composés aromatiques*, par MM. Dujardin-Beaumetz et Bardet. — L'*exalgine* est l'*orthométhylacétanilide*. A la dose de 0 gr. 40 à 0 gr. 75, en une fois, ou de 0 gr. 80 à 1 gramme en deux fois, dans les vingt-quatre heures, ce corps est un puissant analgésique qui s'est montré dans toutes les névralgies, même celles d'origine viscérale, supérieur à l'antipyrine, puisque les mêmes effets sont obtenus à dose plus de moitié moindre. De plus, jusqu'à présent, on n'a pas noté dans son emploi les troubles circulatoires (rash, cyanose, etc.) déjà notés avec l'antipyrine et l'acétanilide. Ce fait paraît dû à ce que l'exalgine est avant tout un médicament nervin et à ce que son action antithermique est secondaire, ce qui permet de diminuer les doses.

En étudiant l'ensemble des corps de la série aromatique, les auteurs sont parvenus à établir une loi qui, si elle est confirmée par l'examen de nouveaux corps, permettrait de fixer l'action de ces médicaments en fonction de leur composition chimique. D'après cette loi, les propriétés communes à tous ces corps, qui sont à la fois *antiseptiques*, *antithermiques* et *analgésiques*, s'établiraient ainsi :

1° L'antisepsie est la dominante des dérivés hydratés, tels que phénol, naphtol, etc.;

2° L'antithermie est la principale propriété des dérivés amidogénés (kairine, thalline, acétanilide, etc.);

3° Enfin la substitution d'un radical hydrocarburé de la série grasse et particulièrement du *méthyle* à un atome d'hydrogène des corps amidogénés produit une nouvelle classe de corps qui sont surtout *analgésiques*. C'est à ce dernier groupe qu'appartient l'*exalgine* ou orthométhylacétanilide.

## FORMULAIRE

Liniment stimulant. — Monin.

| | | |
|---|---|---|
| Huile phosphorée | | 50 grammes. |
| Chloroforme | } | āā 10 — |
| Teinture de noix vomique | } | |

Mêlez. — Trois fois par jour, pendant cinq minutes, on frictionne les membres paralysés avec une brosse de flanelle imprégnée de ce liniment. Après la friction, on les enveloppe avec de la ouate hydrophile salicylée. — N. G.

## COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 24 mars 1889, sont attachés aux Facultés ci-après désignées, pour une période de neuf ans, à partir du 1er novembre 1889, les agrégés des Facultés de médecine dont les noms suivent :

*Paris* : MM. Chantemesse, Marie, Gilbert, Letulle et Netter. — *Montpellier* : M. Sarda. — *Lille* : M. Combemal. — *Lyon* : M. Roque. — *Bordeaux* : M. Mesnard.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre des inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1888-1889 sera ouvert le mercredi 3 avril, et clos le jeudi 18 avril à 3 heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures : 1° inscriptions de première et de deuxième année de doctorat et de première année d'officiat, les mercredis 3, jeudi 4, vendredis 5, samedi 6, mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12 et samedi 13 avril; 2° inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, les mercredi 17, jeudi 18 avril, mercredi 1er, jeudi 2, vendredi 3, et samedi 4 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants de quatrième année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques d'anatomie pathologique doivent présenter leur carte d'admission à ces travauv en prenant leur inscription trimestrielle. Même obligation est imposée à MM. les étudiants de première année qui n'ont pas encore pris part aux travaux pratiques de physique.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au Secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou d'externe pendant le deuxième trimestre 1888-1889. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes qui négligeraient de les remplir.

Concours d'agrégation (accouchements). — Leçon orale de trois quarts d'heure après trois heures de préparation.

Séance du lundi 25 mars : MM. Auvard, Chambrelant et Turquet : « Diagnostic de l'avortement. »

Séance du mardi 26 : MM. Bureau, Boissard et Bar : « Des déchirures du col de l'utérus et du vagin pendant l'accouchement. »

— Le concours pour le Bureau central (chirurgie), s'est ouvert lundi. La question écrite a été la suivante : « Région sus-hyoïdienne ; — Fractures du maxillaire inférieur. »

— La deuxième épreuve du concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) a commencé mercredi à cinq heures. Les candidats feront l'exposé public de leurs travaux personnels dans l'ordre suivant :

*Chirurgiens.* — MM. Castex, Ricard, Février, Walther, Rochet, Verchère, Broca, Carpentier, Routier, Picqué, Nélaton, Phocas, Ménard, Gangolphe, Tuffier, Coppens, Villard, Michaux, Marchant, Barette, Estor, Vallas, Pollosson, Montaz, Bazy, Courtin.

*Accoucheurs.* — MM. Turgard, Rivière, Auvard, Bar, Bureau, Chambrelant, Tissier, Bonnaire, Boissard.

— M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 2 avril à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au laboratoire de tératologie (bâtiment du Musée Dupuytren).

Nécrologie. — M. le professeur J.-P. Louis Dénucé est mort à Bordeaux, le lundi 18 mars 1889, des suites d'une affection qui, depuis quelques années déjà, l'avait forcé à renoncer à ses fonctions et à l'exercice de la médecine. Plusieurs discours ont été prononcés par MM. Ouvré, recteur de l'Académie, Pitres, doyen, Hameau, Labat, Dubourg, Bruno-Lacombe, Pujos, à ses obsèques qui ont eu lieu le mercredi 20 mars, à Bordeaux.

Né à Ambarès (Gironde), le 21 janvier 1824, issu d'une famille d'avocats, Dénucé vint à Paris étudier la médecine et fut reçu bientôt interne des hôpitaux en 1847; lauréat des hôpitaux, il devint aide d'anatomie à la Faculté de médecine en 1851. Reçu docteur en 1854, il fut nommé l'année suivante professeur adjoint de clinique chirurgicale à l'Ecole préparatoire de médecine et de pharmacie de Bordeaux, en remplacement de M. Puydebat, démissionnaire (21 août 1855). Quatre ans après (31 décembre 1859), il devenait professeur titulaire de clinique externe et succédait à Chaumet décédé; en 1859, il était choisi comme chirurgien du Lycée.

Quand l'Ecole de Bordeaux fut réorganisée et transformée en Faculté, M. Dénucé conserva la place de professeur de clinique chirurgicale (16 juin 1878). Doyen pour cinq ans après la mort de Gintrac (11 décembre 1878), il fut renommé le 4 février 1883, mais dut faire valoir ses droits à la retraite dès le 1er novembre 1885. Le 14 novembre, il était nommé doyen et professeur honoraire de la Faculté de Bordeaux.

Dénucé était membre d'un grand nombre de Sociétés scientifiques : Société anatomique de Paris (dont il avait été le secrétaire et le vice-président en 1853-54); Société médicale d'émulation de Bordeaux; Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Bordeaux (ancien président); Société d'anthropologie de Paris (1863); Société de chirurgie de Paris (membre correspondant), 1863; Académie de médecine de France (correspondant national, 1877; associé national, 1886); Académie de Bordeaux, 1879. Il était officier d'Académie, officier de l'Instruction publique (1873), chevalier de la Légion d'honneur (1869). Il succéda à Mabit comme président de l'Association des médecins de la Gironde et comme membre du Conseil général de l'Association des médecins de France; il fut aussi membre honoraire de la Société d'émulation de Bordeaux, président d'une foule d'Associations locales, etc., etc.

Dénucé était un des chirurgiens les plus distingués de Bordeaux et de la région du Sud-Ouest, un savant dans toute l'acception du terme, archéologue à ses moments perdus, un professeur d'un mérite reconnu, un opérateur habile, un homme sympathique, aimé de tous. On lui doit un grand nombre de travaux, dont quelques-uns ont une grande valeur. — Marcel Baudoin. (*Progrès médical.*)



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Utilité pratique des notions pathogéniques

Leçon d'ouverture du cours de M. le professeur CH. BOUCHARD.

*(Analyse et extraits)*

« Savoir ce que l'on fait et pourquoi on le fait, c'est chose rare; pour le médecin, c'est chose nouvelle. Comme les autres sciences qui ont des applications pratiques, la médecine réclame des idées directrices pour son intervention. » Comme l'architecture, par exemple, la médecine a fait d'abord une part à l'empirisme, recueillant et adoptant, sans les comprendre, les formules et les recettes que le témoignage des siècles lui recommandait pour la cure de certains accidents.

La thérapeutique *empirique* a su s'inspirer aussi, à l'exemple d'Hippocrate, des procédés de la nature médicatrice ; mais, ignorant l'essence des actes curateurs, la thérapeutique *naturiste* s'est bornée à respecter et à favoriser certains symptômes qui, précédant habituellement la guérison, passaient pour concourir à la curation.

De tout temps, les médecins se sont appliqués à combattre les symptômes incommodes, les accidents dangereux : l'insomnie, la douleur, la fièvre. C'est cette thérapeutique *palliative* qui, sentant venir le discrédit, il y a près de quarante ans, s'est appelée thérapeutique physiologique, et, grâce à ce changement de vocable, a reconquis une faveur qui est loin d'être épuisée. « Je n'ai jamais parlé qu'avec respect, dit M. Bouchard, de cette thérapeutique physiologique ou palliative à laquelle j'ai recours quand je ne puis pas faire mieux; mais je voudrais que ceux qui en font exclusivement usage en parlassent avec modestie. » Cette thérapeutique soulage très souvent, quelquefois elle empêche de mourir. Quand dans la pleurésie gauche on supprime par la ponction l'ectopie cardiaque, il se peut qu'on empêche le pleurétique de mourir, mais on ne guérit pas sa pleurésie. En pareil cas, notre intervention est utile et bienfaisante, elle n'est pas curative; le travail morbide continue pour procéder, suivant les lois naturelles, vers la guérison ou vers la mort.

Lorsque le médecin concourt pour une part prépondérante à la curation, c'est qu'il s'est attaqué à la cause ou à la série des actes réactionnels qui résultent de l'application de cette cause. Il le fait souvent d'une façon inconsciente, à l'aide de moyens que l'empirisme nous a fournis. Le quinquina dans la fièvre palustre, le mercure dans la syphilis, le salicylate dans le rhumatisme aigu, le colchique dans l'accès de goutte, sont là pour prouver que l'empirisme a du bon.

D'ailleurs, quelques-uns de ces moyens thérapeutiques, dont nous com-

mençons à discerner le mode d'action, vont prendre place dans la thérapeutique *pathogénique*.

Cette thérapeutique, dont M. Bouchard disait, il y a dix ans, « que l'avenir lui appartient, accepterait du hasard, mais n'attend plus de lui de pareilles trouvailles. Pour les maladies dont elles connaît, partiellement au moins, la pathogénie, elle cherche le remède dans une direction logique, et elle trouve mieux que des médicaments, des méthodes de traitement. L'empirisme lui avait donné le mercure, elle a découvert l'antisepsie et du même coup cent médicaments antiseptiques.

M. Charcot disait, il y a vingt-trois ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *anatomiquement.* » M. Lépine disait, il y a douze ans : « Il faut que le médecin apprenne à penser *physiologiquement.* » Ces deux préceptes sont excellents; Laennec , Cruveilhier, Cl. Bernard avaient déjà préparé les voies et disposé les médecins à bien accueillir ces conseils. Il est bon assurément que le médecin s'habitue à contempler, par une vue intérieure, l'état des parties où s'accomplit l'acte pathologique, à voir, comme par transparence, les organes malades. Il est indispensable aussi qu'il se rende compte de l'entrave apportée au fonctionnement naturel de ces parties et du trouble physiologique qui en résulte pour les autres organes. Mais il est incomparablement plus utile pour le clinicien et pour le pathologiste, qu'ils accoutument leur esprit à rechercher et à discerner pourquoi et comment ces lésions et ces désordres surviennent, pourquoi et comment ils persistent ou s'accroissent, pourquoi et comment ils se dissipent. Penser *pathogéniquement*, c'est ce que, depuis dix ans, M. Bouchard recommande, sans trève, au médecin. Le point de vue pathogénique, c'est ce qui, scientifiquement, distingue la médecine de l'histoire naturelle; c'est ce qui, pratiquement, peut permettre d'instituer, avec quelque apparence de logique, une thérapeutique curative. Or, ce point de vue est nouveau en médecine.

La pathogénie est une science nouvelle; car si, de tout temps, on a imaginé le mode d'action des causes et tenté d'en déduire une thérapeutique rationnelle, on n'aboutissait guère qu'à de vaines conceptions et à des déductions illusoires. C'est à la période contemporaine qu'appartiendra l'honneur d'avoir substitué quelques notions pathogéniques positives aux systèmes hypothétiques du passé.

Il y a trente ans à peine que la médecine s'est engagée timidement dans cette voie, et déjà la thérapeutique a bénéficié de ses découvertes. Quand on considère que depuis Hippocrate, héritier lui-même de ce qu'il appelait déjà l'ancienne médecine, il a fallu plus de deux mille ans pour constituer la nosologie, on peut être tenté de croire qu'il faudra aussi longtemps pour parfaire la pathogénie et de craindre que nous ne soyons pas en état avant plusieurs milliers d'années d'instituer rationnellement une thérapeutique pathogénique.

Cette crainte serait fondée si chaque maladie avait une pathogénie spéciale. Mais, si les causes morbifiques sont innombrables, le nombre des procédés pathogéniques est limité. Depuis dix ans, M. Bouchard enseigne qu'il n'y a que quatre procédés pathogéniques. Ces grands processus pathogéniques sont : les troubles préalables de la nutrition; les dystrophies cellulaires primitives ou autonomes; les réactions nerveuses; l'infection. Il n'est pas une maladie dont la genèse ne reconnaisse l'un de ces processus ou plusieurs d'entre eux combinés.

Les médecins qui sont pénétrés de cette vérité sont en état aujourd'hui de penser pathogéniquement, et les notions de pathogénie doivent tourner au bénéfice de leurs malades. Malheureusement, la génération qui grandit n'est pas familiarisée avec ces notions ; elles ne sont pas la base de son éducation. La plupart de ceux qui ont besoin d'apprendre, s'instruisent seulement dans les livres ; or, comme les traités de pathologie reposent encore sans exception sur la base anatomique, il arrive que les praticiens, tout en admettant peut-être la réalité des doctrines pathogéniques, ne les utilisent pas pour diriger leur conduite.

Il en est ainsi aujourd'hui, il en sera probablement encore de même dans quinze ans ! L'élite, qui collabore au progrès, en tire profit, mais la masse est lente à s'en pénétrer. Peut-être n'est-ce pas un mal ; elle change moins souvent, mais plus sûrement ; les idées directrices, quand elle les adopte, ont eu le temps de faire leurs preuves.

Même parmi ceux qui cherchent à s'inspirer dans leur pratique des notions pathogéniques, la plupart ne voient de la pathogénie qu'un de ses côtés : l'infection. Bien peu tiennent compte de la prédisposition morbide, de la diathèse, c'est-à-dire des troubles préalables de la nutrition. C'est ainsi qu'on voit traiter la goutte par la lithine, le diabète par le bromure, comme si l'action passagère de ces remèdes pouvait triompher de ces maladies chroniques qui sont telles, parce qu'elles dépendent d'un trouble permanent de la nutrition. Pour les guérir, c'est cette nutrition qu'il faut modifier d'une façon durable.

Le chirurgien vigilant, qui traite une plaie chez un diabétique, arrive à la guérir par première intention, en la protégeant contre tous les microbes ; mais, pendant ce temps, sur une région où n'existait aucune excoriation, apparaît un anthrax, résultat de l'invasion dans un point du tissu sous-cutané du staphylococcus aureus qui, s'il avait réussi à pénétrer jusqu'à la plaie, y aurait tout au plus produit une suppuration sans gravité. Ceux que de pareils faits déconcertent oublient que, dans l'infection, l'agent infectieux n'est pas tout ; que certaines détoriations de la santé sont favorables au développement des agents infectieux et que le staphylococcus, qui chez l'homme sain ne produira même pas l'impétigo pilaire, fait naître chez le diabétique les pustules, le furoncle, l'anthrax. La plaie du diabétique, prémunie contre le staphylococcus, a guéri sans suppuration ; mais, sur un autre point de la peau non protégée, l'agent infectieux, qui est partout autour de nous, s'est insinué dans quelque follicule et s'y est développé, parce qu'il y a trouvé un milieu exceptionnellement favorable à sa pullulation. Dans ce cas, nous trouvons l'exemple de l'association de deux procédés pathogéniques, les troubles préalables de la nutrition et l'infection.

Dans la convalescence d'un phlegmon on peut voir survenir sous l'influence d'un refroidissement, d'une fatigue, d'une émotion, d'un coït, une angioleucite, un érysipèle. Il ne s'agit pas d'une infection nouvelle, mais d'une extension de l'infection primitive au delà des limites où la réation organique l'avait jusque là circonscrite. Le choc nerveux a modifié la nutrition et rendu l'organisme habitable pour un microbe qui jusque là n'avait pas pu le pénétrer profondément. Accuser la doctrine de ne pas expliquer de tels faits cliniques, c'est méconnaître encore l'association de deux procédés pathogéniques, la réaction nerveuse et l'infection.

Posséder la notion de l'infection, c'est un progrès ; ne voir que l'infection sans tenir compte des autres modes pathogéniques est une faute scientifi-

que dommageable pour l'art médical, non seulement au point de vue de la thérapeutique préventive ou curative, mais aussi du pronostic et du diagnostic.

Quand, après une fracture ou une contusion, il existe un vaste foyer sanguin, mais que la peau est intacte, le chirurgien porte un pronostic favorable, pensant que les agents infectieux du dehors ne peuvent s'introduire dans le foyer. Mais il avait oublié ceux qui sont dans l'intestin ; ces microbes, profitant de l'inhibition que le choc traumatique exerce sur le phagocytisme des cellules, franchissent la barrière épithéliale, passent dans le sang et arrivent au foyer dont la matière fermente. L'infection s'y produit, quand on l'y jugeait impossible. Voilà pour le pronostic.

La phthisie est infectieuse; le bacille de Koch peut s'éliminer avec le pus et les débris du poumon envahi; sa présence dans les crachats est un signe de certitude. Est-il prudent pourtant de négliger les minuties du diagnostic stéthoscopique? Les bacilles peuvent manquer dans l'expectoration, même à des examens réitérés ; ils manquent précisément à la période où il serait le plus utile d'asseoir le diagnostic, puisque c'est au début que la thérapeutique est surtout efficace.

Voici un exemple des inconvénients que peut avoir la préoccupation exclusive de l'infection. Elle conduit quelquefois le chirurgien à des applications téméraires; les opérations jadis les plus redoutables ayant, grâce à la notion d'infection, perdu leur gravité, les chirurgiens sont en liesse; il est à craindre que pour quelques-uns cette fête ne tourne à l'orgie. L'opération, qui devait être curative, devient exploratrice. Si la laparotomie exploratrice est légitime quand elle est indispensable, c'est seulement à la condition d'être le premier terme d'une opération curative probable et quand tout autre procédé de diagnostic a échoué.

Les applications thérapeutiques déduites de la notion de l'infection ayant fait leurs preuves pour la chirurgie et pour l'obstétrique, on les a étendues avec avantage à presque toutes les cavités séreuses et surfaces muqueuses; pour l'antisepsie intestinale en particulier, il est permis d'affirmer qu'elle peut rendre à la médecine des services comparables, dans certains cas, à ceux que l'antisepsie extérieure rend à la chirurgie. La thérapeutique antiseptique interstitielle aussi a donné déjà de bons résultats; si l'antisepsie générale est encore plus théorique que pratique, malgré plusieurs exceptions qui ne sont pourtant pas très rares, cela tient peut-être à ce qu'on l'a faite d'une façon aveugle.

La maladie virulente n'est pas, comme on l'a cru d'abord, une lutte corps à corps entre les microbes et les cellules animales, ou du moins ce conflit n'est qu'une circonstance accidentelle ou accessoire dans la lutte; l'action directe offensive est plus souvent peut-être dirigée par les cellules contre les microbes que par les microbes contre les cellules; elle est plutôt un procédé de défense de l'organisme qu'un moyen d'attaque de l'élément pathogène. Nous savons maintenant que le plus souvent les microbes nuisent par les poisons qu'ils sécrètent.

Si la virulence n'est autre chose que la toxicité des matières sécrétées par les microbes, le point de vue thérapeutique change : car ce n'est pas avec des antiseptiques qu'on combat les poisons. Sans doute, pendant la période active de la maladie, quand l'agent infectieux continue à se multiplier, il est bon d'entraver sa pullulation, mais il ne faut pas oublier le poison qui seul provoque les accidents morbides. Si ce poison est sécrété

sur une surface accessible, on peut l'évacuer ou le précipiter, empêcher qu'il soit absorbé; si l'absorption est déjà effectuée ou s'il a été primitivement fabriqué dans l'intimité des tissus, on peut encore l'atteindre, le brûler en activant les combustions, forcer son élimination par les émonctoires; on peut, en tout cas, combattre ses effets physiologiques par l'administration de substances antagonistes. Parmi tous ces moyens, l'élimination du poison morbide est celui dont la réalité est le mieux établie. M. Bouchard a démontré que, dans les maladies infectieuses, les urines emportent au dehors une part notable des substances solubles qui ont été sécrétées dans le corps pendant la maladie; qu'on peut, en injectant après stérilisation les urines d'un animal atteint de la maladie pyocyanique, provoquer chez un animal sain les symptômes essentiels et très spéciaux de cette maladie. De même, après avoir injecté chez un animal la culture stérilisée du bacille pyocyanique, MM. Charrin et Ruffer ont pu, en recueillant les urines de cet animal et en les injectant à un animal sain, provoquer chez ce dernier les paralysies caractéristiques de la maladie pyocyanique. Les poisons morbides, et spécialement les poisons d'origine microbienne, s'éliminent par les reins comme les poisons naturels. Si les antiseptiques peuvent être rationnellement employés dans la période d'augment des maladies infectieuses générales, pourquoi les emploierait-on encore au déclin de ces maladies, quand le microbe cesse de pulluler? Mais alors les accidents virulents n'ont pas disparu; le poison est encore présent et agissant, car il s'élimine lentement, l'émonction semble n'être pas complète en moins de douze à quatorze jours. Ainsi, l'infection mieux comprise nous prouve que, dans le traitement des maladies infectieuses générales, les antiseptiques, utiles quelquefois, sont toujours insuffisants et, dans certains cas, irrationnels.

Enfin, quand il n'y a plus ni microbe ni poison, et qu'on voit persister ou même se développer longtemps après la maladie infectieuse des accidents qui ne sont plus ni infectieux, ni même toxiques, mais qui résultent de la déviation du type nutritif des cellules impressionnées d'une façon durable par le poison, alors ce n'est pas avec des antiseptiques qu'on peut réparer ces suites durables ou lointaines de la maladie infectieuse, c'est seulement par les modificateurs généraux de la nutrition. Il ne manque pas de praticiens qui, s'inspirant des doctrines modernes, traiteront une paralysie diphthéritique par l'iode, par l'oxygène, même par l'acide phénique ou par les balsamiques; mieux instruits des découvertes pathogéniques contemporaines, ils reviendraient aux anciennes pratiques, aux sels neutres, aux alcalins, aux sulfureux, mais surtout aux stimulations nerveuses, aux frictions, aux divers procédés que l'on emprunte à l'hydrothérapie, à la balnéothérapie, etc. Ainsi, à mesure qu'on la comprend mieux, la pathogénie, à côté de ses acquisitions nouvelles, groupe les moyens de traitement que nous devions à l'empirisme et nous explique les succès de l'ancienne médecine.

M. Bouchard montre ensuite quelle lumière les découvertes de ces derniers temps projette sur certains points obscurs de la pathogénie.

« On dit avec raison : à chaque maladie infectieuse spécifique correspond un microbe spécifique, et on croit pouvoir dire aussi : à chaque maladie infectieuse correspond un microbe différent. C'est là une erreur. Un microbe pathogène d'une espèce déterminée peut ne rien produire ou provoquer une lésion locale ou amener la mort sans lésion. La lésion locale, si elle se déve-

loppe, pourra être unique, circonscrite ou diffuse ou multiple. La maladie, quand elle survient, pourra être insignifiante ou passagère, ou mortelle, ou chronique. Le streptococcus pyogène peut produire le phlegmon, la phlébite, l'angioleucite, l'érysipèle, la méningite, l'infection purulente, la fièvre puerpérale avec exsudat diphthérique de l'utérus, infiltration de cet organe, péritonite, coagulations veineuses, abcès métastatiques, suppurations des séreuses, ou bien la fièvre puerpérale sans lésions.

On ne croyait pas possible, il y a quelques années, une telle variabilité des effets d'un seul microbe. Aujourd'hui que le fait est établi, on invoque pour l'expliquer l'influence du terrain qui peut varier d'un individu à l'autre. Mais l'influence du terrain n'explique pas tout. Le microbe suffit souvent à rendre compte de telles différences. La virulence est chose variable; mille circonstances l'influencent, le milieu en particulier, la composition de la substance nutritive, la présence de l'air, l'excès ou l'insuffisance d'oxygène; elle s'amoindrit dans un milieu originellement pauvre ou dans un milieu appauvri par la longue durée de la végétation du microbe; elle s'exagère quand on animalise le milieu nutritif; c'est ce que vient de montrer M. Charrin, qui restitue sa virulence perdue à la bactéridie charbonneuse quand il la cultive dans un bouillon additionné de sang.

Un certain nombre de ces conditions se rencontrent souvent dans la pathologie humaine; quand le streptocoque modérément virulent se multiplie dans une plaie anfractueuse, dans ces cloaques fétides, dans la cavité utérine cruentée, sa virulence augmente, et il peut provoquer des accidents graves qui sont infiniment plus rares quand il vit sur une plaie détergée et aérée. En présence de ces variations d'activité, on se demande où est le type de la virulence normale, et l'on est entraîné à conclure que cette normale n'existe pas. Parmi les fonctions chimiques d'un microbe pathogène, il en est une qui produit les substances toxiques; cette fonction est plus ou moins active, faible ou forte. Cette activité virulente est normale, étant donné l'ensemble des conditions extérieures qui l'ont développée et qu'il est presque impossible de déterminer complètement. Suivant les cas, le même microbe a une virulence nulle, faible, modérée, intense, excessive. Ainsi s'explique la variabilité des effets d'un même virus qui déroutait les adeptes des nouvelles doctrines et les faisait douter de la validité de leurs croyances.

La virulence peut s'éteindre; le microbe peut même cesser de pulluler, il n'est pas mort pour cela. Il sommeille dans quelque organe; puis, un jour, il se réveille à la suite d'un traumatisme local ou de quelque détérioration de la santé générale; il a recouvré sa virulence. La récidive ou la rechute succède à un court sommeil, les poussées tardives qui se font *in situ* ou dans des points éloignés de la région primitivement infectée sont les effets d'un réveil qui suit un long sommeil; elles sont la justification clinique de cette conception que M. Verneuil a résumée en un mot : le microbisme latent. Tout cela encore paraissait contradictoire avec la doctrine. On ne comprenait pas, par exemple, comment, chez certaines femmes, le retour périodique des règles ramenait périodiquement un érysipèle sans infection nouvelle.

La renaissance d'un microbe est quelquefois due à l'invasion de l'organisme par un autre agent pathogène. Quand deux microbes différents se trouvent en conflit dans le même organisme, l'un d'eux peut prévaloir sur

l'autre; il en peut résulter, pour ce dernier, une impuissance ou, comme on disait, une atténuation. La bactéridie charbonneuse est entravée par le streptocoque de l'érysipèle (Emmerich); elle est arrêtée par le pneumocoque (Paulowski); M. Bouchard a amené la guérison du charbon inoculé chez le lapin en inoculant, après coup, le bacille pyogénique. Mais si, sur le même terrain deux microbes peuvent se nuire, ils peuvent aussi, parfois, se prêter assistance. M. G.-H. Roger a récemment démontré que l'inoculation du bacillus prodigiosus rend possible, chez le lapin, le développement d'une espèce particulière de gangrène gazeuse à laquelle cet animal est réfractaire quand les deux microbes ne sont pas associés.

Ainsi, chaque jour, la science dissipe les contradictions apparentes. Elle a dépisté le microbe dans les retraites où il se cache et se recueille, non pas seulement dans la rate, dans la moelle des os, dans les organes lymphoïdes, mais dans les poumons, dans le foie, dans les reins, dans les endothéliums vasculaires. Si sa présence peut ne pas éveiller dans ces parties un travail pathologique appréciable, il a cependant impressionné leur type nutritif, et, plus tard, quand il a disparu, peuvent apparaître des lésions chroniques, cirrhoses, néphrites, endartérites, altérations valvulaires.

Ces localisations tardives des maladies infectieuses ne procèdent plus directement de l'infection, elles résultent d'un trouble permanent de la nutrition des cellules de certains organes qui ont été impressionnés antérieurement par l'agent infectieux. Elles ont les plus grandes analogies comme lésions anatomiques et même comme processus pathogénique avec de semblables altérations des mêmes organes qui surviennent dans les maladies générales de la nutrition et dans certaines intoxications. »

M. Bouchard voudrait, dit-il en terminant, laisser dans l'esprit de ses auditeurs cette pensée « que les notions pathogéniques sont utiles, que posséder une seule notion pathogénipue condamne à l'impuissance, que les contradictions dont on fait grand bruit entre les faits cliniques et les doctrines pathogéniques ne sont qu'apparentes, et que l'œuvre scientifique de chaque jour les dissipe en donnant aux faits leur véritable interprétation. »

---

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitément de la phthisie par le tannin à Bruxelles.** — Le docteur E. Houzé, médecin de l'hôpital Saint-Jean, à Bruxelles, après avoir essayé le traitement par le tannin chez tous ses phthisiques, pendant un an et 8 mois, conclut de ses observations que ce médicament donne d'excellents résultats à toutes les périodes de la maladie, et spécialement lorsqu'il existe des cavernes. C'est pourquoi il n'hésite pas à déclarer que de tous les différents modes de traitement de la phthisie qu'il a essayés, c'est celui qui a donné de beaucoup les résultats les plus encourageants.

La dose qu'il emploie ordinairement est de 75 centigrammes répétée trois fois par jour. Le tannin est en général bien supporté ; lorsqu'il en est autrement, on le fait prendre aux repas avec les aliments.

Au bout de quelques jours l'expectoration et les sueurs diminuent, la toux est moins fréquente, et dans beaucoup de cas l'appétit s'améliore d'une manière sensible. La plus grande partie des malades ont présenté une légère tendance à la constipation, mais on n'a dû y remédier que dans quelques cas seulement ; d'autres ont eu de la diarrhée. Les caractères de l'expectoration se modifièrent en mieux, les crachats devenant blancs et aérés, au lieu d'être verts et compacts. Dans quelques cas, la diminution de l'expec-

toration fut suivie par l'augmentation de la sécheresse de la toux, de sorte que les patients se plaignaient que celle-ci les fatiguait davantage ; on y remédiait facilement en prescrivant quelques cuillerées de sirop de codéine.

Les signes physiques présentèrent une amélioration également très marquée, autant du moins qu'on pouvait en juger par l'auscultation, les râles humides faisant place aux rhonchus secs et les râles à grosses bulles du gargouillement décroissant peu à peu jusqu'à être remplacés par la respiration soufflante. Ces changements étaient dus évidemment au dessèchement des cavités ; aussi les phénomènes d'hecticité observés chez beaucoup de malades disparurent-ils, tandis que ceux-ci reprenaient des forces et que leur poids augmentait. Les signes fournis par la percussion n'annoncèrent pas un changement aussi marqué que ceux de l'auscultation, cependant ils dénotèrent quelque amélioration. On ne fit pas de recherches bactériologiques. — Dr Ph. L.

---

### De quelques nouvelles médications.

Le Cactus grandiflorus dans les affections du cœur, par Gregory.
(*Journal des sciences médicales de Lille*, 1889, 9.)

Dans les affections valvulaires, quand la dilatation cardiaque a vaincu l'hypertrophie compensatrice, Gregory a trouvé que ce médicament agissait mieux que la digitale. Dans cette forme d'affection cardiaque, que Da Costa appelle « maladie fonctionnelle des valvules », le cactus est, maintenant, le seul médicament qu'il emploie. Quand il y a un défaut dans l'innervation cardiaque, quand les battements du cœur sont faibles, irréguliers, intermittents, tumultueux, quand le malade est nerveux, inquiet, redoutant quelque danger imminent, le cactus est très utile. Gregory emploie une teinture préparée avec la plante fraîche et en donne une à cinq gouttes, toutes les deux, quatre ou six heures.

Il le considère comme un tonique du cœur. Par un usage répété, la nutrition du cœur est favorisée et l'organe est fortifié d'une façon permanente. Il ne l'a pas trouvé nuisible pour l'estomac, même après un usage de plusieurs mois.

Un nouvel usage de la nitro-glycérine, par le docteur Kloman.
(*Journal de médecine de Lille*, 1889, 9.)

Le docteur Kloman donna une solution de nitro-glycérine à 1 p. 100 à un homme de 62 ans atteint d'un asthme cardiaque. Après s'être exposé au froid, cet individu devint tout couvert d'angelures; il prit alors trois gouttes de cette solution, et fut bientôt entièrement réchauffé et soulagé. L'effet fut presque instantané. L'auteur pense, pour cela et aussi par suite des autres propriétés physiologiques de la nitro-glycérine, qu'elle serait d'un bon usage dans les menaces de gangrène sénile ou autre.

Action de la glycérine sur la sécrétion vaginale, par le docteur Hermon.

L'auteur appliquait des tampons d'ouate trempés dans la glycérine et des pessaires fabriqués avec la gélatine et la glycérine. On pesait la quantité de glycérine portée dans le vagin, ainsi que la quantité de liquide qui s'écoulait en dehors de l'emploi de la glycérine. D'après ces recherches, Hermon admet que la glycérine augmente la sécrétion quand elle n'est pas abondante, et ne l'augmente pas quand elle est abondante.

P. N.

---

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 mars. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Résection de la clavicule. — Opération d'Alquié-Alexander.

M. Desprès a présenté une malade à laquelle il avait pratiqué la résection de la cla-

vicule et qui a parfaitement guéri. Elle a recouvré la plupart des mouvements du bras. C'est ainsi qu'elle peut nouer un jupon derrière elle, porter la main à sa figure; la force du membre est aussi assez grande, puisqu'elle peut porter une chaise à peu près à bras tendu. Le seul mouvement que la malade ne puisse plus accomplir est celui qui consiste à porter la main à l'occiput.

La partie du grand pectoral qui répondait à la clavicule a maintenant son point d'attache sur la première côte, tandis que le trapèze s'insère à l'apophyse coracoïde.

— M. Trélat fait remarquer que l'opération d'Alquié-Alexander, si elle convient à un certain nombre de rétroversions et de rétroflexions, est inefficace dans le prolapsus utérin, que ne peut relever le raccourcissement des ligaments ronds. Il faut alors employer soit la colporrhaphie, soit la résection du col, soit l'hystéropexie, dont la valeur n'est point encore suffisamment établie.

Il s'en faut que le raccourcissement des ligaments ronds soit applicable à toutes les rétroversions et rétroflexions.

Il y a déjà longtemps que M. Trélat a divisé ces déviations en mobiles, résistantes, dans lesquelles les adhérences commencent et exigent pour être rompues des manœuvres plus ou moins longues et adhérentes. L'opération d'Alquié-Alexander convient dans les deux premières variétés; elle est contre-indiquée dans la troisième. Il faut, du reste, toujours traiter la métrite presque constante avant d'opérer. Quand deux ou trois mois se sont écoulés après l'opération et que le bon résultat persiste, on peut prévoir qu'il sera durable. Le raccourcissement des ligaments ronds est encore contre-indiqué quand il y a salpingite, ovarite, etc., complications qu'il ne peut naturellement pas combattre.

Faut-il traiter par l'opération d'Alquié-Alexander les déplacements facilement réductibles et indolents ? M. Trélat le croit, car, plus tard, des adhérences peuvent s'établir, et alors les douleurs forcent à intervenir à un moment où la guérison est bien plus difficile.

M. Trélat et ses élèves ont fait 14 fois l'opération du raccourcissement des ligaments ronds qui étaient isolés dans une grande étendue. Les deux côtés ont toujours été opérés dans la même séance; la réunion a toujours été primitive et les traces de l'opération des plus minimes.

Enfin, M. Trélat tient à dire que le danger de sectionner le cul-de-sac du péritoine qui accompagne les ligaments ronds est très minime, car, à son niveau, l'isolement est très facile.

M. Bouilly divise les rétrodéviations en deux classes : les simples, dans lesquelles la déviation est facilement réduite et facilement maintenue; les compliquées, où il y a en même temps soit inflammation péri-utérine, soit métrite, et dont la réduction est bien plus difficile; elles sont accompagnées de douleurs.

Dans les déviations simples il arrive parfois que les femmes ne ressentent aucune gêne, aucune douleur, bien que l'utérus soit, pour ainsi dire, tombé dans le rectum; il n'est pas alors nécessaire d'opérer.

D'autres fois, même sans qu'il y ait de complications péri-utérines, il y a de la pesanteur rectale, de la gêne dans la marche, quelquefois de la dysménorrhée et des ménorrhagies; il est évident qu'il faut alors intervenir.

Cependant l'opération d'Alquié-Alexander peut être évitée. En effet, il suffit bien souvent de placer un pessaire de Hodge pour obtenir de bons résultats; du reste, il est souvent nécessaire de remédier aux déchirures périnéales et à l'élargissement du vagin par les opérations appropriées, colporrhaphies et autres. Le pessaire agit non pas en soulevant l'utérus, mais en élargissant le fond du vagin, il en résulte que l'action insuffisante des ligaments utéro-sacrés se trouve ainsi remplacée.

Il est nécessaire que le pessaire reste en place de huit à neuf mois; souvent ensuite on constate que la réduction est définitivement obtenue.

Les rétrodéviations compliquées sont douloureuses et s'accompagnent de salpingites, d'ovarites, etc. Dans ces conditions, on doit tout d'abord traiter les maladies des annexes. M. Bouilly a vu plusieurs fois que, après la castration sans redressement de l'utérus,

les douleurs cessaient rapidement. On pourra, du reste, compléter la castration par l'opération d'Alquié-Alexander ou, mieux, l'hystéropexie.

M. Richelot a pratiqué deux fois l'opération d'Alexander. Dans le premier cas, il y avait rétroversion très douloureuse avec endométrite, et tous les pessaires avaient échoué. L'opération dût être laissée incomplète, car les ligaments étaient gras, friables. réduits à de rares tractus, et celui de droite se rompit. La malade fut cependant améliorée, et cette amélioration fut attribuée par M. Hallé à l'élongation des ligaments.

Dans le deuxième cas, la rétroflexion douloureuse, hémorrhagique tenait à un fibrome utérin qui fut méconnu. Le résultat fut d'abord très bon, mais, après trois mois, la déviation se reproduisit. Le fibrome étant reconnu, M. Richelot fit avec succès l'hystérectomie vaginale.

Il est évident que l'opération d'Alexander était alors peu indiquée, mais ce qu'il faut justement reprocher à cette opération, c'est de forcer à agir à l'aveuglette, tandis que l'hystéropexie permet de voir ce que l'on fait.

Dans le prolapsus utérin, les divers procédés de colporrhaphie suffisent bien souvent à donner de bons résultats et peuvent être complétés par le raccourcissement des ligaments ronds. L'hystéropexie est aussi simplement adjuvante dans ce cas et ne doit pas être regardée comme le traitement habituel du collapsus. On la réservera probablement pour les chutes de la matrice qui résisteront aux procédés habituels. Enfin elle sera toujours supérieure à l'opération d'Alexander, en ce sens qu'elle permet l'exploration des annexes et que l'on peut intervenir immédiatement s'ils sont atteints.

M. Segond a fait six fois l'Alexander. Deux fois il s'agissait de prolapsus avec cystocèle. L'insuccès fut complet, car la récidive se produisit dans un cas après trois mois et dans l'autre après un peu plus longtemps. Les autres observations se rapportent à des rétrodéviations. Une des malades présentait un utérus mobile, M. Segond réséqua 12 centimètres des ligaments ronds et, bien que l'un d'eux se fût rompu, il y eut un excellent résultat. Dans les trois cas de rétrodéviations adhérentes, la récidive survint après trois mois et les malades se trouvèrent dans le même état qu'auparavant. L'opération est donc mauvaise dans les cas de prolapsus et dans ceux de rétroversion adhérente. Quand il s'agit d'une jeune femme, il vaut peut-être mieux intervenir que de placer un pessaire comme le veut M. Bouilly.

M. Segond a modifié un peu ce procédé de fixation des ligaments ronds qu'il passe dans deux boutonnières faites dans l'aponévrose qui avoisine chaque pilier.

Quand les ovaires et les trompes sont malades, l'ablation de ces annexes suffit souvent pour faire disparaître la déviation. Même si l'on croyait devoir pratiquer l'Alexander comme opération complémentaire, on doit se demander si l'hystéropexie ne serait pas préférable.

— M. Martel (de Saint-Malo), présente deux tumeurs. La première a été enlevée de la langue d'une jeune fille ; c'est une tumeur érectile. L'opération a été faite au thermocautère et a été indolore par suite de l'injection de 5 centigrammes de cocaïne.

La seconde est un fibro-sarcome des glandes sudoripares de l'aisselle que portait un enfant de dix ans.

— M. Kirmisson présente un malade auquel il a pratiqué avec excellent résultat la suture de la rotule pour une fracture itérative.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que, dans ces cas, il faut recourir d'emblée à la suture qui permet de rendre ultérieurement la marche possible.

— M. Richelot présente de la part de M. Patein (de Boulogne-sur-Mer), un paquet pour premier pansement aux blessés sur le champ de bataille.

## FORMULAIRE

### Traitement de la lientérie. — V. Audhoui.

On débarrasse l'estomac, même au moyen de la sonde ; on vide l'intestin chaque jour,

à l'aide de lavements tièdes, et on administre trois fois par jour, le matin, à midi et le soir, deux des pilules suivantes : Poudre de Colombo, 2 grammes; diascordium, 1 gramme; extrait de noix vomique, 40 centigrammes, pour 20 pilules. — En même temps, faire prendre par tasses, de demi en demi-heure, du lait de vache coupé par tiers avec de l'eau de fleurs d'oranger, soit avec de l'eau de laurier-cerise. Lorsque la diarrhée a cessé, on remplace la partie du lait par du bouillon de poulet, dans lequel on fait infuser pendant une heure, sur les cendres chaudes, de la racine de grande consoude et des feuilles d'hammamelis virginica, d'après les proportions suivantes : bouillon de poulet, 1,500 grammes; racine de grande consoude incisée, 10 grammes; feuilles d'hammamelis virginica, 5 grammes. — Enfin, après un assez long usage de ces remèdes, et lorsque l'irritation des organes digestifs a sensiblement disparu, on revient progressivement à l'alimentation ordinaire. — Pendant toute la durée du traitement, bains légèrement excitants, aromatiques, frictions le long de l'épine dorsale et sur l'abdomen, avec de l'alcoolat vulnéraire. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un savant hongrois vient de faire de curieuses études relatives à l'influence de l'âge des parents sur la vitalité des enfants. Après avoir observé près de 25,000 cas, il est arrivé aux conclusions suivantes : les enfants issus de pères et de mères très jeunes présentent une constitution faible; les enfants de pères et de mères vieux sont dans le même cas; les enfants les plus robustes sont ceux qui naissent d'un père ayant plus de trente-cinq ans et d'une mère plus jeune. Scientifiquement, il serait donc bon que les vieux épousassent de jeunes femmes. Les vaudevillistes et les Arabes ont toujours été de cet avis.

## COURRIER

Infirmerie de Saint-Lazare. — Le concours pour la nomination à une place de médecin de l'infirmerie de Saint-Lazare vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Barthélemy, ancien chef de clinique de la Faculté.

— Le règlement du 31 mai 1886 a institué, dans les Facultés des sciences et des lettres, des bourses d'études destinées à favoriser les recherches libres et désintéressés. — Ces bourses sont de 1,500 francs. — Les conditions pour les obtenir sont des plus larges : à la rigueur, aucun grade n'est requis; il suffit d'avoir fait preuve d'aptitude dans une branche déterminée de la science.

Les candidats doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Académie de leur région, avant le 1er août 1889, terme de rigueur. Ils ont à produire à l'appui de leur demande sur papier timbré : 1° une note indiquant les établissements auxquels ils ont appartenu et les études particulières auxquelles ils se sont consacrés et qu'ils désirent poursuivre; 2° leurs travaux imprimés ou manuscrits, et toutes les pièces de nature à faire apprécier leurs aptitudes; 3° une déclaration de situation de famille.

Un certain nombre de bourses d'études sont réservées en vue des études scientifiques à des aspirants au doctorat en médecine et au grade de pharmacien de première classe.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Le concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Lannois, agrégé à la Faculté.

Le jury se composait de MM. Bard, Bondet, Carrier, Clément, Drivon, Garel, Mayet, Renault, Vinay, médecins; MM. Aubert, Levrat, D. Mollière, chirurgiens des hôpitaux.

— Le conseil général des Facultés de Paris s'est réuni, en Sorbonne, sous la présidence de M. Gréard. Il a décidé que des félicitations seraient adressées en son nom à MM. Poincarré et Appell, professeurs à la Faculté des sciences, dont le premier a obtenu le prix de mathématiques institué par le roi de Suède et de Norvège à l'occasion du 60e anniver-

saire de sa naissance, et le second une médaille d'or. Il a présenté pour le décanat à la Faculté de théologie, en première ligne, le doyen Lichtenberger; en seconde ligne, M. Sabatier. Il a autorisé enfin l'ouverture, pour le second semestre, de cours libres à la Faculté de médecine de Paris; ils seront professés par MM. Bérillon, Duchastelet, Gascard, Gautier.

Bureaux de bienfaisance. — Le Conseil municipal de Paris a pris, par 33 voix contre 27, la délibération suivante :

« Article premier. — Le service des consultations sera séparé complètement du service des traitements à domicile.

Art. 2. — Les médecins attachés au service des consultations auront une indemnité fixe de 600 francs par an et donneront trois consultations par semaine.

Art. 3. — Les médecins attachés au service des traitements à domicile recevront une indemnité minima de 600 francs par an et des indemnités supplémentaires, à raison des visites faites au-delà du nombre de 600.

Art. 4. — Les fonds destinés au service médical seront répartis au prorata de la population indigente, en en réservant un dixième pour parer aux éventualités.

Art. 5. — Chaque arrondissement ne pourra être divisé en plus de quatre circonscriptions médicales, entre lesquelles seront répartis les médecins des bureaux de bienfaisance.

Art. 6. — Les malades pourront choisir leur médecin parmi ceux qui seront attachés à la circonscription de leur domicile.

Art. 7. — La direction de l'Assistance est invitée à faire tenir un état statistique indiquant par médecin le nombre de malades, le nombre de visites et la dépense en médicaments. »

— M. le docteur Claisse est nommé membre du comité d'organisation du Congrès international pour l'amélioration du sort des aveugles.

Faculté de médecine de Lyon. — Un concours pour une place d'aide d'anatomie s'ouvrira le 30 avril 1889. — Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, au moins quinze jours avant l'époque fixée pour l'ouverture du concours. La durée des fonctions est de trois années. Le traitement est de 800 francs par an.

A propos des poêles mobiles. — A l'occasion de la communication faite par M. le docteur Lancereaux à l'Académie de médecine, concernant l'intoxication oxycarbonée par les poêles mobiles, le préfet de police a prié le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine d'examiner s'il n'y aurait pas lieu de modifier l'instruction du 16 avril 1880 concernant le chauffage des habitations. Une commission composée de MM. Lancereaux, Arm. Gautier, Bunel et Michel Lévy a été nommée à ce sujet. M. Michel Lévy a donné lecture d'un rapport indiquant les additions et rectifications que la commission jugerait utile d'apporter à cette instruction. L'expérience prouve que les craintes exprimées il a neuf ans n'étaient que trop fondées. Le conseil a décidé que le rapport serait imprimé et distribué pour être discuté dans la prochaine séance.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Antoine (de Saint-Ouën-les-Parey); Bodereau (du Mans); Chaffard (d'Auriol); Gascard (de Pripriac); Judée, médecin-major de première classe en retraite; Martin (de Quimperlé); J. Marsoô (d'Orthez) et Routier (d'Astaffort).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Sur l'opération d'Alexander (raccourcissement des ligaments ronds).

(*Société de chirurgie, séance du 27 mars 1889.*)

Par L.-G. Richelot.

Je ne voudrais pas juger l'opération d'Alexander d'après les deux seuls faits qui me sont personnels; mais je puis toujours, en vous apportant ces deux faits, montrer comment ils justifient les réserves qui ont été formulées par plusieurs de nos collègues à propos de la communication de M. Schwartz.

I. — Ma première opérée est une femme de 37 ans, Mme S..., qui est entrée à l'hôpital Bichat le 23 septembre 1887. Elle était robuste et de bonne santé, mais se plaignait de violentes douleurs revenant par crises à chaque époque menstruelle. A l'examen de l'utérus, on trouvait un col légèrement exulcéré, un peu de catarrhe, mais surtout une rétroflexion des plus accentées; le col regardait directement en bas, et le corps faisait saillie dans le cul-de-sac postérieur. L'utérus n'était pas enclavé, le doigt le refoulait de bas en haut; s'il y avait des adhérences, elles n'étaient pas très serrées.

La malade venait de la campagne pour se faire opérer, car l'usage des pessaires ne lui avait donné aucun soulagement.

Je la soumis d'abord à la dilatation progessive avec les tiges de laminaire iodoformée, pensant obtenir par ce moyen une amélioration de l'endométrite et un peu de redressement. Je parvins à ouvrir peu à peu l'orifice interne; les tiges pénétraient obliquement en arrière, en pressant sur la lèvre antérieure du col. Ayant fait ainsi une large dilatation, je laissai la malade au repos pendant huit jours; elle souffrait un peu moins, et la flexion de l'utérus paraissait moins prononcée. Mais bientôt les symptômes reprirent de plus belle, et la malade, à bout de patience, demandait une intervention radicale. Je me décidai pour l'opération d'Alexander, qui fut faite le 14 octobre.

A droite, la découverte de l'anneau fut facile; je pris en faisceau tout ce qui en sortait, puis je me mis en devoir d'isoler le ligament rond dans l'intérieur du trajet. Mais ce ligament était gras, huileux, formé de rares tractus dissociés par des pelotons adipeux; malgré tous mes soins, il disparaissait sous le doigt et finit par se rompre sous la traction la plus faible, sans que la position de l'utérus eût été modifiée.

A gauche, le ligament dégagé avec beaucoup de précautions, je fis des

tractions lentes, soutenues, et bientôt je m'arrêtai, parce que je le sentais s'amincir, s'effiler, menacer de se rompre à son tour. Pendant cette manœuvre, M. Hallé, interne du service, soulevait le fond de l'utérus avec un doigt placé dans le vagin; mais ce doigt ne put sentir aucun mouvement imprimé à l'organe. Je suturai la peau, je plaçai un petit drain dans chacune des deux plaies, et la réunion se fit sans aucun incident.

J'avais complétement échoué; néanmoins la malade retira un bénéfice réel de l'opération. Le 9 novembre, ses plaies étaient guéries depuis longtemps, et elle n'avait plus de crises douloureuses; elle quitta l'hôpital, et nous écrivit en décembre qu'elle ne souffrait plus et se portait fort bien. Tellement que M. Hallé me disait : « N'est-ce pas l'*élongation* des ligaments qui a fait cesser les douleurs utérines? »

En février 1888, Mme S... revint à Paris, et me dit que ses règles, absentes pendant deux mois après l'opération, avaient reparu, et les douleurs avec elles; mais les douleurs d'aujourd'hui n'étaient pas à comparer à celles d'autrefois. Une certaine amélioration persistait; seulement la malade, qui avait espéré mieux, commençait à se désoler. Je trouvai le col en bon état, et le corps de l'utérus modérément volumineux, occupant toujours le cul-de-sac postérieur. Je lui conseillai l'antipyrine contre ses douleurs, et lui fis entrevoir pour l'avenir une autre intervention.

Je l'ai perdue de vue depuis l'année dernière; mais, aujourd'hui même 27 mars 1889, elle est venue me voir, et je lui ai trouvé l'utérus en rétroversion; elle souffre toujours un peu, se fatigue en marchant, mais elle a pris de l'embonpoint, et la vie, en somme, est tolérable.

II. — Ma seconde observation est déjà dans nos Bulletins; je vous l'ai communiquée l'année dernière dans la discussion sur la castration ovarienne appliquée au traitement des fibromes utérins. J'en reproduirai seulement les premières lignes, qui sont relatives à l'opération d'Alexander.

Mme W... est une femme de 45 ans, qui depuis un an a des hémorrhagies abondantes et bi-mensuelles; il y a dix mois, perte grave pendant quinze jours. Depuis cette époque, elle a maigri et perdu de ses forces; elle a des maux de reins, des douleurs hypogastriques et des pertes blanches continuelles, sans fétidité. M. le docteur Gauthier (de Magny-en-Vexin) me l'adresse, en vue d'une intervention chirurgicale.

Entrée le 15 novembre 1887 à l'hôpital Bichat, je lui trouve un ventre souple et normal, sans tumeur apparente. Au toucher, le col est porté en avant, derrière la symphyse; dans le cul-de-sac postérieur est une masse un peu volumineuse, médiocrement dure, indolente; pendant que le doigt la refoule de bas en haut, le col revient à sa place. Après des examens réitérés, les caractères de la masse rétro-utérine me font admettre une simple rétroversion. Comme cette femme est cuisinière et ne peut guère se soigner, l'usage incertain d'un pessaire me paraît mal indiqué, et je me décide pour une intervention plus énergique, l'opération d'Alexander, qui est pratiquée le 14 décembre, avec l'aide de M. Hallé, interne du service. Les deux ligaments ronds sont trouvés sans encombre, dégagés de leurs adhérences, attirés au dehors de 5 centimètres environ, coupés et suturés à la peau. M. Hallé maintient l'utérus réduit pour faciliter les tractions; après le raccourcissement et la suture, l'organe est redressé et semble en bonne position. Premier pansement au bout de huit jours; la réunion est parfaite; la malade reste au lit trois semaines pour consolider sa cicatrice, et sort le 7 janvier 1888 en très bon état, ne souffrant plus. La réduction s'est bien

maintenue jusqu'ici; au toucher, le col regarde en arrière, le cul-de-sac postérieur est effacé, et dans le cul-de-sac antérieur on trouve le corps utérin, qui paraît diminué de volume.

Nouvel examen le 18 avril. Depuis l'opération, elle n'a pas eu de pertes; mais les douleurs sont revenues, la malade est faible et ne peut travailler. Elle est, de plus, dans un état nerveux très pénible. Au toucher, le col est en avant, derrière la symphyse, et le fond de l'utérus occupe de nouveau le cul-de-sac de Douglas. Ainsi, la rétroversion s'est reproduite, et le résultat de l'opération d'Alexander est absolument nul. Il y a, de plus, un notable accroissement de volume; il semble que le poids d'une tumeur incluse dans la paroi ait entraîné l'utérus et triomphé de la résistance des ligaments ronds.

Je laisse de côté la suite de l'histoire : il s'agissait, en effet, d'un fibrome, et après un examen approfondi, je me décidai pour l'hystérectomie vaginale, qui eut des suites heureuses. Mais un point que j'ai omis de vous rappeler l'année dernière, c'est que le raccourcissement des ligaments ronds laissa après lui deux petites hernies inguinales; et cependant mes incisions avaient été restreintes et je n'avais fait aucun délabrement. Guérie depuis plusieurs semaines, la malade vint me montrer ses deux hernies qui la gênaient singulièrement; un double bandage mit fin à ses misères.

Un partisan déclaré de l'opération d'Alexander ne trouverait pas dans mes deux faits de motifs suffisants pour l'abandonner. Néanmoins, il est assez important de constater que, dans le premier cas, elle s'est trouvée impossible, à cause de la constitution anatomique du ligament rond. C'est un fait assez rare, mais bien connu.

Il est curieux, d'autre part, de voir que la malade a été soulagée; mais l'opération d'Alexander n'y est pour rien, puisqu'elle n'a pas été faite.

Dans la deuxième observation, nous voyons au contraire l'opération réussie, l'utérus redressé, la malade guérie en apparence; mais, trois mois après, il n'en reste plus trace, la mauvaise position s'est reproduite avec les douleurs. Il est vrai qu'une tumeur fibreuse, qui sans doute existait au moment de l'opération, mais trop petite pour être aisément reconnue, semble avoir été, par son accroissement de volume, la cause de la récidive. On dira que l'opération d'Alexander était mal indiquée dans l'espèce, mais qu'elle n'en est pas moins bonne dans les simples rétroversions. D'accord; mais comment savoir si la rétroversion est absolument simple? Ce qu'il faut reprocher à l'opération d'Alexander, c'est précisément d'être aveugle, et d'agir empiriquement contre une attitude vicieuse qui est loin d'être toujours la seule cause des symptômes. L'hystéropexie, qui lui fait en ce moment concurrence, me paraît, à ce dernier point de vue, très supérieure. L'incision abdominale, par laquelle on va chercher l'utérus pour le fixer à la paroi, est d'abord exploratrice; elle permet de rompre des adhérences plus ou moins reconnues par le toucher, de constater des lésions tubo-ovariennes et de les enlever, ce qui peut devenir l'opération principale, la fixation de l'utérus n'étant plus qu'un accessoire. Car nous connaissons tous des utérus mal tournés qui ne sont pas douloureux; la déviation est moins grave par elle-même que par ses complications.

Pour me résumer, je dirai d'abord que l'opération d'Alexander : 1° peut échouer par la constitution défectueuse du ligament rond; 2° peut amener

à sa suite des hernies inguinales. Comme les deux accidents sont rares, je passerais volontiers condamnation, si elle avait, d'autre part, des mérites incontestés. Voyons donc quels sont ses mérites.

1° Dans les *rétroversions adhérentes*, il n'en peut être question. Ceux qui l'ont tentée n'y reviendront plus.

2° Dans les *rétroversions mobiles*, c'est une opération peu grave, qui atteint son but immédiat et qui peut donner de bons résultats. Mais alors même, l'avenir n'est pas assuré, car la déviation n'est qu'un élément dans les douleurs et les autres symptômes. M. Schwartz a bien dit qu'il fallait discerner les cas où elle peut être efficace; mais comment faire ? Des lésions tubo-ovariennes, des fibromes encore jeunes peuvent rester inaperçus. La laparotomie, qui permet de voir et d'agir en connaissance de cause, qui mène soit à la fixation pure et simple de l'utérus, soit au traitement des annexes, offre ici de grands avantages.

3° Dans le *prolapsus utérin*, l'opération d'Alexander peut être indiquée toutes les fois qu'on juge utile de venir en aide, par un acte complémentaire, aux divers procédés de colporrhaphie. Mais ici, je tiens à dire que les opérations anaplastiques faites sur la paroi vaginale sont excellentes et suffisent d'ordinaire; les résultats que j'ai obtenus, et que je ferai connaître, me l'ont démontré. Dans les cas de récidive, et dans ceux où le relâchement des tissus est tel qu'une opération adjuvante paraît d'emblée nécessaire, l'opération d'Alexander peut être bonne; mais la voici de nouveau en lutte avec l'hystéropexie. J'avoue que cette dernière me paraît être ici, au même titre que le raccourcissement des ligaments ronds, une opération adjuvante. Autant je l'adopte volontiers, comme satisfaisant aux indications, dans les rétro-déviations qui en valent la peine, autant je me retiens, *a priori*, de l'accepter comme traitement ordinaire du prolapsus. Il me semble qu'après une étude suffisante nous la réserverons, comme l'hystérectomie vaginale, pour les chutes compliquées ou rebelles à la colporrhaphie. Cela dit, remplacera-t-elle, ici encore, l'opération d'Alexander? Peut-être; car elle aura toujours un mérite de plus, celui de mettre à nu l'appareil utéro-ovarien et de favoriser le traitement des complications.

---

## Anomalies vaccinales

Par le docteur COMMENGE (1).

OBS. IV. — Bardon Camille, âgée de 6 mois 1/2, rue Sainte-Croix de la Bretonnerie nº 9, a été vaccinée le 20 juillet, par trois inoculations à chaque bras.

L'évolution de la vaccine s'est faite d'une façon normale ; il y a trois boutons de vaccine à chaque bras.

Aucun phénomène spécial n'a signalé la marche de la vaccine.

J'ai vu cette enfant le 5 août, dix-sept jours après la vaccination ; cinq des croûtes vaccinales sont tombées ; il en reste une au bras gauche, mais cette croûte est constituée très régulièrement.

*Remarques.* — Nous n'avons ici rien qui ressemble à ce qui s'est produit chez la plupart des autres enfants.

OBS. V. — L'enfant Carrier, Alice, âgée de onze mois, était dans le 4e arrondissement, rue Saint-Paul nº 12, au moment des vaccinations du 20 juillet ; lorsque je l'ai vue le 9 août, elle habitait Grenelle.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 février, 5 et 19 mars 1889.

Six inoculations vaccinales ont été faites. Au bras gauche, il y a eu trois boutons qui se sont développés sans manifestations spéciales, et les croûtes sont tombées régulièrement. Des trois boutons survenus au bras droit, un seul a suppuré abondamment, il existe encore une croûte avec un peu d'induration autour.

Je ne trouve pas de ganglions engorgés dans l'aisselle.

Le 4 septembre, je revois cette enfant; elle avait dans l'aisselle droite une adénite abcédée, qui a donné issue au pus, deux jours après.

L'induration observée le 9 août, à la base de la croûte vaccinale, a disparu.

*Remarques.* — Un bouton vaccinal sur six a marché d'une façon anormale ; il y a eu de la suppuration.

Rien qui ressemble à un accident syphilitique. L'induration observée s'est dissipée rapidement, ce qui n'a pas lieu avec le chancre. L'abcès de l'aisselle n'a aucun rapport avec les accidents qui accompagnent le chancre.

Obs. VI. — L'enfant Cerf, Fanny, âgée de neuf mois, demeurant 18, quai des Célestins, a été vacinée le 20 juillet.

L'inoculation vaccinale faite par trois piqûres à chaque bras n'a donné qu'un bouton au bras droit.

Ce bouton s'est accompagné très rapidement de phénomènes inflammatoires. Il y a eu, avec une rougeur étendue du bras, beaucoup d'induration des tissus voisins. Le bouton a donné une suppuration abondante pendant plusieurs jours.

Le 8 août, vingtième jour de la vaccination, la croûte vaccinale est tombée, mais la plaie n'est pas entièrement cicatrisée. Il existe un peu d'induration à la base du bouton.

Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle.

*Remarques.* — L'apparition d'un seul bouton aurait pu faire croire à une manifestation syphilitique; mais la rapidité de l'évolution devait faire repousser une semblable hypothèse. La manifestation des phénomènes inflammatoires, ainsi que la suppuration abondante, ne ressemblait en rien à ce qui se produit pour le chancre. Quant à l'induration, qui a d'abord été étendue, mais qui est restée limitée dans les derniers jours au bord de la plaie, elle n'avait rien de l'induration parcheminée du chancre. Il existe enfin un autre signe différentiel, c'est l'absence d'engorgement ganglionnaire, alors qu'avec le chancre on a la pléiade ganglionnaire.

Obs. VII. — L'enfant Darron, Antoinette, 64, rue des Lombards, est âgée de 15 mois, elle a été vaccinée le 20 juillet par six inoculations.

L'enfant a été envoyée à la campagne quelques jours après la vaccination; il m'a donc été impossible de constater par moi-même les résultats obtenus.

D'après le récit du père, il y aurait eu six boutons de bonne vaccine.

Obs. VIII. — L'enfant Fayel, Léontine, âgée de 3 mois, demeurant rue Mornay, n° 3, a été vaccinée le 20 juillet par six inoculations.

Au bras gauche, il n'y a eu qu'un bouton de vaccine; au bras droit, il y en a eu trois.

Je vois cette enfant le 9 août, vingt et unième jour de la vaccination.

Le bouton du bras gauche s'est développé sans accidents; la croûte vaccinale n'est pas encore tombée. Je ne constate pas d'induration.

Les boutons du bras droit ont été accompagnés, dans leur évolution, par des phénomènes inflammatoires très marqués; la rougeur et le gonflement du bras ont persisté pendant huit jours; il y a eu de la suppuration.

La croûte du bouton supérieur est tombée; pour les deux autres, elles existent encore et on trouve du pus sous les croûtes. Il n'existe plus ni rougeur ni induration du bras.

On ne trouve pas d'engorgement ganglionnaire.

*Remarques.* — Dans ce cas nous n'avons que des accidents phlegmoneux,

rien qui ressemble, d'une façon même éloignée, à des accidents syphilitiques.

Obs. IX. — L'enfant Meile, Ferdinand, âgé de 13 mois, demeurant, 17, rue Chanoinesse, a été vacciné le 20 juillet par six inoculations. Il y a eu trois boutons de vaccine à chaque bras, et l'évolution de ces boutons s'est faite d'une façon régulière.

J'ai vu cet enfant le 5 août, dix-septième jour de la vaccination : les croûtes vaccinales étaient détachées du bras gauche; au bras droit, les croûtes vaccinales persistent encore, mais elles ne présentent aucun caractère anormal; il n'y a pas d'induration à leur base.

Obs. X. — L'enfant Masson, Louise, âgée de 5 ans, demeurant, 17, rue Chanoinesse, a été vaccinée le 20 juillet. On a fait deux piqûres seulement au bras droit; on n'a pas fait d'inoculation au bras gauche.

La piqûre supérieure a donné un bouton vaccinal qui n'a présenté rien d'anormal; la croûte vaccinale est tombée régulièrement.

Le bouton inférieur a présenté des caractères spéciaux : des phénomènes inflammatoires se sont manifestés immédiatement après l'inoculation vaccinale, le bras a été rouge et fortement tuméfié dans toute son étendue; le bouton s'est agrandi et a donné une suppuration abondante.

L'enfant est vue par moi le 5 août, dix-septième jour de la vaccination; je constate l'état suivant : au bras gauche, il existe une petite plaie ayant le diamètre d'une pièce de 50 centimes, à bords irréguliers et déchiquetés, à fond grisâtre spécial; l'aspect général est celui du chancre.

La rougeur inflammatoire qui s'étendait, les jours précédents, jusqu'au coude, s'est légèrement effacée à la partie inférieure du bras; elle n'occupe plus qu'une surface dont le rayon a 3 centimètres d'étendue à partir de la plaie; une induration générale occupe toute cette surface.

Dans l'aisselle, je constate la présence d'un ganglion engorgé qui a le volume d'un œuf de pigeon; il n'existe pas de pléiade ganglionnaire.

L'enfant est très pâle, très fatiguée.

Bien qu'elle n'ait jamais fait de maladie sérieuse, cette petite fille a été toujours un peu chétive et lymphatique.

Je prescris des cataplasmes de fécule de pommes de terre et des lotions avec de l'eau phéniquée; je recommande, en même temps, l'usage du vin de quinquina et du sirop d'iodure de fer.

7 août. — La plaie est plus large; elle a les dimensions d'une pièce de 1 franc à peu près; la surface a toujours l'aspect grisâtre du chancre; les bords sont déchiquetés; la rougeur du bras a diminué d'intensité; l'induration du bras occupe la même étendue.

Continuation du même traitement.

11 août (23e jour de la vaccination). — La plaie a toujours la même étendue; elle présente aujourd'hui un ton gris foncé, un peu blafard qui lui donne l'aspect du chancre phagédénique. C'est la première impression qu'éprouve mon ami le docteur Zambaco (de Constantinople), qui se trouvait à Paris à cette époque et qui voit cette enfant chez moi. Cette impression ne s'efface de son esprit que lorsqu'il a été mis au courant des circonstances qui ont précédé et des observations que j'ai faites sur d'autres enfants; il reste néanmoins avec quelques doutes. Le docteur Zambaco est convaincu que tous les médecins qui verraient cette plaie, dans l'état actuel, accepteraient l'hypothèse d'un chancre.

Je constate que la couche grisâtre qui recouvre la plaie est moins foncée qu'à mon dernier examen; au fond de la plaie on voit poindre deux bourgeons charnus, ce qui indique que nous allons entrer dans la période de réparation. L'induration autour de la plaie est moins étendue; l'engorgement ganglionnaire de l'aisselle diminue.

Quelques petits boutons qui ressemblent à des petits furoncles au début se sont développés sur le bras.

Même traitement.

14 août. — La plaie a changé entièrement d'aspect : la teinte grisâtre a disparu presque complètement; des bourgeons charnus rosés occupent le fond de la plaie; les bords sont régularisés; l'étendue de la plaie diminue; l'aspect général ne donne plus, au même degré, l'impression qu'on a devant soi, d'une façon indubitable, un chancre. La plaie entre dans la voie de cicatrisation; il y a toujours de l'induration des tissus voisins; le ganglion axillaire engorgé diminue notablement.

Le docteur Zambaco constate, avec moi, les modifications qui se sont produites depuis le 11 août, et si la plaie présente encore quelques-uns des caractères du chancre, elle n'en est plus, en quelque sorte, l'image photographiée.

19 août. — La plaie est superficielle, les boutons charnus ayant rempli toute la partie excavée, il n'y a plus de teinte grisâtre; la plaie, qui s'est rétrécie et n'a plus que le diamètre d'une pièce de 50 centimes, est rosée dans toute son étendue.

25 août (37e jour de la vaccination). — La plaie est entièrement cicatrisée; il n'existe plus d'induration au bras; il n'y a plus d'induration au niveau de la cicatrice de la plaie.

J'ai continué à suivre cette enfant pendant un an sans qu'il se soit produit le moindre accident syphilitique.

Le 23 août 1883, un an après la guérison de la plaie vaccinale, j'ai vacciné, à nouveau, cette enfant. J'ai pratiqué trois inoculations à chaque bras.

Le 30 août, je constate : 1° au bras droit trois boutons de vaccine modifiée; les boutons n'ont pas le développement normal et complet de la vaccine régulière; ils sont moins développés, avec une sérosité qui ressemble au virus vaccin, avec une teinte plus trouble dans toute sa circonférence. Le point central du bouton est occupé par un épaississement sous forme de croûte; 2° au bras gauche, il y a deux boutons de conformation analogue à ceux du bras droit.

Le développement de ces cinq boutons a été accompagné d'une rougeur superficielle s'étendant dans une circonférence de 2 centimètres autour du bouton.

Cette observation est un exemple très remarquable d'accident de vaccination anormale pouvant être pris, je pourrais même dire devant être pris pour un chancre. Tous les médecins qui avaient examiné cette petite fille croyaient à un accident syphilitique. C'était aussi, tout d'abord, l'opinion du docteur Zambaco, qui a cependant une grande habitude des maladies vénériennes et dans l'esprit duquel sont restés, pendant plusieurs jours, des doutes sur le diagnostic que j'avais porté dès le début.

Malgré l'aspect général de la plaie et les rapports incontestables qu'elle avait avec le chancre, j'avais repoussé l'hypothèse d'un accident syphilitique, en me basant surtout sur les phénomènes généraux. Pour le chancre, il y a une incubation qui dure deux ou trois semaines, et lorsque l'ulcération se manifeste, elle marche progressivement et avec lenteur. Ici, nous voyons, au contraire, la plaie se développer avec une grande rapidité. Avec le chancre, il est rare de voir une inflammation se faire au pourtour de la plaie. Chez notre petite malade, nous voyons des phénomènes généraux se produire dès les premiers jours, et une rougeur inflammatoire envahir toute la surface du bras; dans le chancre, l'induration est de peu d'étendue, avec un caractère parcheminé autour des lèvres de la plaie; ici, l'induration s'étend à tous les tissus circonvoisins et présente tous les caractères de l'inflammation généralisée des tissus cellulaire et cellulo-adipeux. Avec le chancre, on a une pléiade ganglionnaire qui fait défaut ici. Enfin, il ne s'est jamais manifesté d'accidents secondaires.

Le traitement émollient, qui a eu raison des phénomènes consécutifs à une inflammation spéciale, est venu démontrer, à son tour, qu'il n'y avait pas d'analogie réelle avec les accidents de nature spécifique.

C'est donc à une plaie de nature phlegmoneuse et ulcéreuse que nous avons eu affaire.

Comment expliquer que, sur deux inoculations vaccinales, une seule ait déterminé de pareils accidents? Je suis porté à croire, comme je l'ai admis dans les observations précédentes, que, dans une des inoculations, on a introduit seulement de la sérosité vaccinale et que, dans l'autre cas, on a introduit du vaccin mélangé de pus.

La seconde vaccination du mois d'août 1883 a démontré que la première vaccination n'avait pas les qualités d'une vaccination légitime. (*A suivre.*)

## MATIÈRE MÉDICALE

### Des vins de quinquina.

Il résulte des recherches analytiques de M. Schlagdenhauffen, le savant chimiste, publiées dans le *Journal de pharmacie*, que le vin de quinquina ne renferme que le cinquième des alcaloïdes de l'écorce employée.

D'autre part, on lit dans l'*Officine Dorvault*, le *Vade mecum* des pharmaciens : « Le « bois de quinquina qui a servi à la préparation des vins de quinquina peut être traité « pour en retirer les alcaloïdes; il n'est point épuisé. »

Donc, le vin de quinquina, en général, contient fort peu d'alcaloïdes et de principes toniques et fortifiants.

Quant aux paquets de bois de quinquina vendus au public pour préparer lui-même son vin, ils pèchent souvent par la qualité, toujours par l'inconvénient que nous signalions plus haut; ils ne sont pas épuisés. Le même reproche peut être fait aux « extraits liquides » obtenus en traitant le quinquina par l'alcool seul et en petite quantité, ils ne contiennent que les principes solubles dans l'alcool, et encore les vins, même les plus généreux, les laissent précipiter; il se forme un dépôt noirâtre peu appétissant, véritable brouet noir que bien peu de Spartiates ont le courage d'absorber.

De ces observations scientifiques, il découle clairement que les *anémiques*, les *convalescents*, les *dyspeptiques*, les *fiévreux*, les *affaiblis* par le travail ou les plaisirs demandent des forces ou de l'appétit à du vin de quinquina qui contient peu ou pas de principes toniques et salutaires.

M. Astier, pharmacien, ancien interne des hôpitaux de Paris, a trouvé le moyen de supprimer ces inconvénients. Avec des écorces choisies de quinquina jaune royal (le meilleur des quinquinas), il prépare un extrait granulé qui contient rigoureusement tous les alcaloïdes et tous les principes actifs de ce puissant tonique, et, ce qui en augmente considérablement la valeur et la commodité, complètement soluble dans l'eau et le vin. Le malade n'a qu'à mettre deux cuillerées à soupe du quinquina soluble Astier dans une bouteille de n'importe quel vin pour obtenir immédiatement un vin de quinquina parfait. Pour la commodité du public, M. Astier prépare des flacons contenant la dose exacte pour la préparation instantanée d'un litre de vin.

Cette façon nouvelle et sûre de préparer le vin de quinquina a été appréciée et approuvée par de savants médecins (le docteur Gendrin, notamment, a écrit : « Le « quinquina soluble Astier est une bonne préparation qui contient tous les principes « actifs du quinquina; elle est appelée à rendre de grands services en thérapeutique « dans les cas où l'usage du quinquina est indiqué »), et sans être très optimiste, on peut prédire que le quinquina soluble est appelé à remplacer complètement les préparations actuelles de quinquinas.

## BIBLIOTHÈQUE

**ANNUAIRE DE THÉRAPEUTIQUE (première année, 1888), par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ. — O. Doin, 1889.**

On connait le succès qu'a eu le *Formulaire pratique de thérapeutique et de pharmacologie*,

publié par M. Dujardin-Beaumetz en collaboration avec M. Yvon. C'est pour le compléter et le tenir au courant des dernières conquêtes de la science que l'infatigable médecin de l'hôpital Cochin à commencé a faire paraître un annuaire de thérapeutique qui, peu coûteux et d'un format commode, permettra à tous les acquéreurs du *Formulaire* de se renseigner chaque année sur ce qu'il y a eu de nouveau. Ce volume est formé par la réunion des meilleurs articles insérés dans l'année au *Bulletin général de thérapeutique.* En manière d'introduction se trouve une leçon faite, en décembre dernier, à l'hôpital Cochin, sur les progrès de la thérapeutique pendant l'année 1888. — P. L. G.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Bouchacourt (de Lyon) qui se porte candidat au titre de membre correspondant national;

2° Une note de M. Brochier de Rollière sur les morsures par les vipères;

3° Une lettre de M. Babès qui se porte candidat au titre de membre correspondant étranger;

4° Un mémoire sur le traitement de la diphthérie gangréneuse par M. de Vasconcellos;

5° Une étude de M. Ehrmann sur une épidémie de scarlatine qui a régné en 1888-89 à la caserne Saint-Hilaire à Saint-Quentin;

6° Un compte rendu des accidents par chiens enragés en 1888 dans le département de le Seine-Inférieure par M. Bordeaux (de Rouen).

M. Brouardel fait remarquer que très souvent, quand on déplace un poêle mobile pour le placer dans une cheminée, il existe un courant d'air descendant qui refoule le gaz pendant quelque temps. Le plus grand danger des poêles mobiles est leur mobilité même. Une ouverture accessoire communiquant avec le corps de cheminée est toujours mauvaise.

Il propose à l'Académie de substituer la conclusion suivante à la première de celles du rapport de M. Lancereaux :

Quels que soient les perfectionnements apportés à la construction des poêles dits mobiles, quelles que soient les conditions imposées, la mobilité des poêles, surtout de ceux dont la combustion est lente, crée des dangers qui ont déjà fait de nombreuses victimes.

L'adjonction à ces appareils de roulettes ou de tout autre procédé facilitant leur déplacement doit être interdite.

Et en ajoute une quatrième empruntée au rapport de M. l'ingénieur Michel Lévy :

Dans tous les cas, le tirage doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section utile et d'une hauteur suffisantes, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal.

Pour M. Gabriel Colin, les poêles mobiles sont redoutables :

1° Parce que le coke et le charbon de terre, qui les alimentent, dégagent une énorme proportion d'oxyde de carbone, comme on peut en juger par l'ampleur des flammes bleuâtres aux forges des ateliers, même lorsque la combustion est suractivée par l'insufflation;

2° En raison de l'extrême lenteur de la combustion, lenteur qui a pour conséquence inévitable, avec de tels combustibles, de porter à son maximum la production de l'oxyde de carbone;

3° A cause de l'insuffisance du tirage, due à ce que la colonne d'air et de gaz échappés du poêle n'est pas ou ne se maintient pas assez échauffée en se déversant dans une cheminée ample et à parois froides pour s'élever au dehors.

M. Léon Colin regarde les poêles comme peu dangereux quand les habitations sont bien disposées pour les recevoir. Les deux causes principales des accidents sont : les imperfections des maisons où les tuyaux de cheminée communiquent les uns avec les autres; la négligence des personnes qui soignent le poêle.

L'Académie peut signaler les dangers des poêles mobiles, mais ne peut ni en réglementer la vente, ni faire d'enquête chez les particuliers.

Il faut les interdire dans les réunions d'individus soumis à une surveillance sanitaire : lycées, casernes, hôpitaux, écoles.

L'Académie devrait s'occuper de recueillir des documents statistiques sur les appareils de chauffage dans toute la France.

— M. Périer présente un enfant âgé d'un peu plus de deux mois qui portait à l'occiput une tumeur qui augmenta rapidement après la naissance. C'était une méningo-encéphalocèle avec assez large pédicule contre laquelle on intervint le vingt-huitième jour après la naissance. M. Périer fit l'excision, et au huitième jour la réunion était parfaite. Outre les méninges, M. Ranvier trouva dans la pièce de la toile choroïdienne, des éléments nerveux du cerveau et du cervelet, et enfin des parties du canal de l'épendyme. L'enfant n'a présenté qu'un peu de strabisme en dehors.

— M. Doyen (de Reims) lit un mémoire sur les bactéries de l'urine dans la cystite, la pyélo-néphrite, etc. Il décrit dix espèces de bacilles et quatre espèces de micrococques. De plus, il a noté quatre espèces en employant les plaques et les cultures répétées.

— M. Proust a observé une malade présentant des déformations congénitales rappelant l'*aïnhum*, maladie que l'on voit dans la race noire et qui est caractérisée par la formation de sillons qui amputent un doigt ou un orteil. Pour les uns, c'est une variété de la lèpre, pour d'autres une maladie locale, pour d'autres encore un trouble trophique.

La malade de M. Proust présente comme déformations principales : des sillons circulaires sur la cuisse droite avec pied-bot congénital, un sillon au niveau du pli métatarso-phalangien du gros orteil gauche, une syndactilie des quatre derniers doigts de la main droite et enfin, à la main gauche, deux sillons sur le médius et l'absence de la troisième phalange de l'index.

M. Proust se demande si l'aïnhum n'est pas une maladie fœtale à évolution lente. Anatomiquement, elle est caractérisée par l'atrophie des papilles et des glandes sudoripares, et la formation de trousseaux fibreux transversaux.

— M. Constantin Paul lit un rapport sur les stagiaires du concours Vulfranc-Gerdy et propose de décerner le titre de lauréat (prix d'hydrologie) à MM. Boutarel et Lamarque, et d'accorder à M. Boutarel une récompense de 500 francs pour son étude sur les eaux de Bourbonne, et à M. Lamarque 1,000 francs pour ses deux rapports sur la Bourboule et Amélie-les-Bains.

## FORMULAIRE

### Pommade contre l'acné de la face. — E. Besnier.

Savon de potasse.................................
Soufre précipité.................................  } ãã 10 grammes.
Axonge .........................................

Mêlez. — On frictionne la face, le soir, avec cette pommade, et on la laisse en place durant la nuit. — Le lendemain matin, lavage a l'eau chaude, nouvelle friction le soir, et ainsi de suite pendant quatre ou cinq jours. — Si l'irritation de la peau est devenue

trop vive, on applique des cataplasmes de fécule pendant quarante-huit heures, pour revenir ensuite aux frictions de pommade. — Afin d'achever le traitement, on étend le soir sur la peau, à l'aide d'un pinceau, le mélange suivant : Soufre précipité, glycérine, alcool camphré, hydrolat de roses, de chaque parties égales. Le matin, lotion avec de l'eau chaude. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — On annonce la mort du célèbre ophtalmologiste Donders, qui vient de succomber à Utrecht à l'âge de soixante et onze ans.

Né à Tilburg le 27 mai 1818, Donders avait fait ses études à l'École médicale militaire d'Utrecht. Il fut nommé médecin militaire à l'hôpital de Haag, puis professeur à l'Université d'Utrecht où, depuis 1847, il professa d'abord la physiologie et l'histologie, puis peu après l'ophthalmologie. Sa clinique des maladies des yeux et son laboratoire de physiologie attirèrent à Utrecht de nombreux élèves. Le savant maître hollandais a publié de nombreux mémoires dans les *Archives d'ophthalmologie de de Graefe* et dans le *Recueil des travaux du laboratoire de l'École supérieure d'Utrecht.* On lui doit aussi plusieurs ouvrages importants, traduits en français, entre autres une *Étude sur les mouvements des yeux, un livre sur l'Astigmatisme et les verres cylindriques*, un traité des *Anomalies de la réfraction de l'œil.* Donders était correspondant de l'Institut et de l'Académie de médecine.

## COURRIER

Congrès international de thérapeutique et de matière médicale. — Le Congrès aura lieu à Paris, du 1er au 5 août 1889, à l'hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente. Pourront en faire partie tous les médecins, pharmaciens et vétérinaires qui auront envoyé leur adhésion et payé la cotisation de 10 francs.

Le bureau du Comité d'organisation est ainsi composé : MM. Moutard-Martin, président ; Dujardin-Beaumetz, vice président ; Constantin Paul, secrétaire général ; P.-G. Bardet, secrétaire général adjoint ; Labbé, secrétaire de la section de thérapeutique, et R. Blondel, secrétaire de la section de matière médicale.

Le Congrès sera divisé en deux sections : l'une de thérapeutique, l'autre de matière médicale. Chacune des deux sections pourra délibérer à part dans des salles séparées, aux séances de la matinée consacrées aux questions particulières laissées au choix des membres du Congrès ; les séances du jour seront communes et réservées à la discussion des questions posées par le Comité d'organisation du Congrès.

Première question : *Des antithermiques analgésiques.* — Chimie et pharmacologie de ces corps, — action physiologique et usages thérapeutiques, — lois qui peuvent permettre d'établir une relation entre la fonction chimique et la fonction physiologique. (Rapporteur, M. Dujardin-Beaumetz.)

Deuxième question : *Des antiseptiques propres à chaque espèce de microbes pathogènes.* — Valeur proportionnelle des antiseptiques, leur action spéciale, — étude de leur mode d'absorption et des meilleurs procédés d'administration. (Rapporteur, M. Constantin, Paul.)

Troisième question : *Des toniques du cœur.* — Leur nature, — leurs actions spéciales, — valeur relative des plantes et de leurs principes actifs, alcaloïdes et glucosides. (Rapporteur, M. Bucquoy.)

Quatrième question : *Des nouvelles drogues d'origine végétale récemment introduites dans la thérapeutique.* (Rapporteur, M. Planchon.)

Cinquième question : *Unification des poids et mesures employés dans les formules ; de l'utilité d'une pharmacopée internationale.* (Rapporteur, M. Shaer, de Zurich.)

Les membres du Congrès qui comptent faire une communication sont priés d'en annoncer le titre au secrétaire du Comité avant le 15 mai prochain.

Les communications et discussions seront réunies dans un volume qui sera imprimé par les soins du Comité d'organisation et sera adressé à chaque adhérent.

Une exposition de drogues simples se rapportant aux questions posées par le Comité aura lieu au siège du Congrès pendant la durée de la session ; elle sera organisée par les soins de MM. Adrian et Blondel.

On est prié d'adresser toutes les adhésions ou communications au docteur Bardet, secrétaire général adjoint du Comité d'organisation, 119 bis, rue Notre-Dame-des-Champs, à Paris.

Hôpitaux de Paris. — MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront à l'amphithéâtre d'anatomie, le lundi 29 avril, à quatre heures.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique continueront à être faites par M. le docteur Armand Siredey, chef du laboratoire. MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 22 avril.

Laboratoire de chimie et de micrographie médicales (7, rue des Saints-Pères). — M. Lafon, chimiste, ancien préparateur du Laboratoire de toxicologie de M. le professeur Brouardel, ex-interne en pharmacie des hôpitaux de Paris, lauréat de l'Académie de médecine, membre de la Société chimique de Paris, etc., commencera, le 8 avril 1889, un cours pratique de chimie et de micrographie médicales, appliqué à la clinique, à l'hygiène et à la thérapeutique.

Ce cours pratique a pour objet d'exercer MM. les étudiants en médecine aux manipulations chimiques et aux examens microscopiques les plus usuels, que nécessite la profession médicale.

Ce cours comprend particulièrement : 1° L'étude chimique et microscopique des urines, des calculs, des sédiments urinaires, des kystes, du suc gastrique et du sang.

2° La technique microscopique, applicable à la recherche des bacilles pathogènes, ainsi qu'a l'examen des parasites et helminthes de l'homme ;

3° Les recherches chimiques et microscopiques de l'eau potable, du lait, du vin, des colorants interdits au point de vue de l'hygiène; du sang, des taches, et de quelques substances éminemment toxiques, au point de vue des applications médico-légales.

S'inscrire à l'avance, de trois heures à quatre heures, au laboratoire, 7, rue des Saints-Pères.

Association des médecins de la Seine. — L'assemblée générale de l'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu dimanche prochain, 7 avril, à deux heures dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. — *Ordre du jour* : 1° Lecture du compte rendu de l'exercice 1888; 2° élections d'un président, de deux vice-présidents, d'un secrétaire-général; 3° renouvellement par tirage au sort de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraiant pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

L'aïnhum, affection réputée jusqu'ici exotique, serait-elle aussi propre aux races blanches qu'aux races noires? S'attaquerait-elle aussi bien aux membres supérieurs qu'aux inférieurs, à toutes les parties du membre qu'aux doigts ou qu'aux orteils, et à l'un quelconque de ceux-ci qu'au cinquième? C'est ce qui semblerait résulter de la communication de M. Proust à l'Académie de médecine. Une jeune femme de 20 ans, n'ayant jamais quitté la France, ni peut-être les environs de Paris, est atteinte de ces sillons caractéristiques de l'aïnhum, qui se creusent peu à peu autour des orteils et qui finissent par les amputer, Or, cette jeune femme présente des sillons de ce genre à la cuisse, à la jambe, au gros orteil et aux doigts des deux mains. Ces lésions sont-elles vraiment les mêmes que celles de l'aïnhum? Ont-elles la même pathogénie? Est ce de la sclérodermie? Est-ce autre chose? M. Proust ne veut pas se prononcer sans réserve sur ces points, n'ayant qu'un seul fait de ce genre à invoquer, M. E. Besnier non plus; mais les remarques que M. Proust a émises à ce sujet devront être prises en grande considération lorsque de nouveaux faits analogues viendront à être observés.

# FEUILLETON

## CAUSERIE

*L'avenir de la station d'Aix-les-Bains.*

M. le docteur J. Monard vient de publier une petite brochure des plus intéressantes pour nous dire quels sont les *malades qui guérissent aux eaux d'Aix* (Savoie) *et comment ils guérissent.* Ceux qui guérissent, nous les connaissons; ils sont atteints de reliquats d'affections chirurgicales, de syphilis, de tuberculose, de troubles généraux de la nutrition : chlorose et neurasthénie, rhumatisme, goutte, obésité, diabète et albuminurie, troubles divers du système nerveux.

Comment ils guérissent? Cela est plus difficile à dire, surtout dans la période de transition où nous sommes et où les eaux ne servent plus seulement de moyen thérapeutique, mais, combinées au massage, à la gymnastique, constituent des agents thérapeutiques de premier ordre. Grâce à cette combinaison, les antiques effets des eaux minérales sont transformés : la cachexie alcaline de Vichy a vécu; des travaux consciencieux établissent l'action reconstituante et globulisante des eaux de Vichy. L'excitation produite par Aix et Barèges n'est plus qu'un vain mot; on obtient avec ces eaux de merveilleux effets sédatifs. La même eau calme et excite, favorise la diurèse et

La discussion relative aux dangers provenant de l'emploi des poêles mobiles a continué et n'a été guère favorable à ces appareils : M. le professeur Brouardel veut qu'ils ne soient plus mobiles, car cette mobilité, qui est un des principaux avantages de ces poêles, constitue également un de leurs plus grands dangers; il faut donc leur enlever leurs roulettes. Il faut, de plus, allonger les tuyaux et veiller à ce que tuyaux, cheminées et poêles soient parfaitement étanches et qu'ils soient munis d'appareils sensibles indiquant que le tirage s'effectue comme il faut. M. Léon Colin pense que le gouvernement doit et peut intervenir pour protéger les réunions d'individus dans les casernes, les hôpitaux, les écoles, en interdisant l'emploi des poêles à combustion lente dans ces établissements. M. Gabriel Colin, plus radical, voudrait les faire supprimer entièrement, car il pense qu'on pourrait faire graver sur eux « l'étiquette *toxique*, comme on le fait sur les flacons des officines contenant des substances vénéneuses ».

La chirurgie française s'est encore enrichie d'un nouveau succès à l'actif de M. le docteur Ch. Périer, qui a enlevé chez un nouveau-né une méningo-encéphalocèle, opération suivie de guérison.

Signalons encore la communication de M. le docteur Doyen (de Reims) sur la recherche des bactéries de l'urine, et le rapport de M. le docteur C. Paul sur les stagiaires du concours Vulfranc-Gerdy. Les lauréats sont MM. Boutarel et Lamarque. — L.-H. P.

---

## Des accidents nerveux et en particulier des convulsions chez les enfants.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 janvier 1889,

Par le docteur J. Dubrisay.

Messieurs,

Il est en clinique des questions qui restent toujours ouvertes, si nombreuses et si complètes que soient les études sur les sujets que ces questions embrassent.

---

la diaphorèse, décongestionne les pléthoriques et globulise les anémiques; elle fait engraisser ou maigrir à volonté.

« En présence de ces résultats, dit M. Monard, on serait autorisé à se demander si les eaux ont une action *per se* leur appartenant en propre, ou si elles ne font qu'emprunter à l'arsenal de l'hygiène ses armes si puissantes. Comme conclusion, « tout en conservant entre l'action des eaux minérales et celle des agents similaires une distinction qu'il sera difficile de détruire dans la plupart des esprits, on reconnaîtra la nécessité pour les villes d'eaux de perfectionner leur outillage thérapeutique, d'améliorer leurs établissements, de prendre des mesures sanitaires de premier ordre. Le temps n'est plus, où le manque absolu de confort, la saleté traditionnelle des établissements thermaux était de règle. On ne croit plus que les piscines à eau stagnante, souillées par les déjections des malades restant des heures entières dans la même eau, soient le *nec plus ultra* du traitement thermal. On préférera la grande eau et l'air pur.

« En un mot, nous pensons qu'à notre époque les villes d'eaux doivent être des sanatoria de premier ordre, des asiles de malades et de valétudinaires, où toutes les chronicités qui ont besoin d'un nouveau stimulant : changement d'air, de milieu, d'habitudes, viendront se réfugier pendant un temps variable; elles seront aussi des colonies scolaires, où la jeunesse, qui a pâli sur les livres, viendra recolorer son sang; elles offriront un refuge à tous ces surchauffés de la vie parisienne, atteints de cette fièvre citadine la *maluria urbana*, qui frappe de déchéance les facultés viriles, pour exalter outre mesure le système nerveux; en un mot, les villes d'eaux seront des fabriques de

Plus qu'à toute autre affection, ces considérations générales s'appliquent aux accidents nerveux, et spécialement convulsifs, que l'on observe dans le cours de la première enfance. A l'appui de cette proposition, je viens soumettre à la Société deux faits que j'ai eu l'occasion d'observer dans ces derniers temps.

Le 5 septembre dernier, un enfant de 3 ans et demi, d'une bonne santé habituelle, se réveillait brusquement à onze heures du soir en poussant un cri. Les parents accourus auprès de lui le trouvaient assis dans son lit, les yeux grand ouverts, la figure couverte de sueur, poussant des cris inarticulés et tout le corps agité de mouvements convulsifs.

Cet enfant est mon voisin, il est le fils d'un ami et, quelques minutes après le début de la crise, j'étais auprès de lui. Je pus constater moi-même l'exactitude de la description que je viens de vous faire. Les accidents durèrent à peu près 20 minutes avec quelques rémissions intermittentes, puis le calme revint et l'enfant se rendormit. Deux fois dans la nuit des accidents analogues se reproduisirent et les nuits suivantes reparurent encore, mais avec une moindre intensité. Depuis lors, c'est-à-dire depuis quatre mois, l'enfant est bien portant tout au moins au point de vue des phénomènes nerveux; en ce moment il est atteint d'une légère entérite, mais il n'y a pas de relation à établir entre l'indisposition actuelle et celle qui fait le sujet de l'observation.

J'ai dit que le 5 septembre, l'enfant avait dans tous les membres des mouvements convulsifs. Je n'ai pas eu pourtant l'intention de décrire une véritable convulsion. Ces mouvements étaient le résultat d'un tremblement général, mais ils n'avaient ni la régularité, ni l'intensité, ni la rapidité de la convulsion clonique. Je ne crus pas un seul instant à une convulsion, mais à une affection plus simple décrite sous le nom vulgaire de cauchemar par la plupart des auteurs, par quelques-uns et surtout par l'auteur anglais West, sous le nom de terreurs nocturnes. Cette affection ne mériterait pas de nous arrêter, si dans certains cas et entre autres dans le cas actuel, elle ne pouvait donner lieu comme pronostic, à des considérations sérieuses.

---

santé, où tous ceux qui souffrent, et qui ont échappé à la thérapeutique ordinaire, viendront tenter une suprême épreuve. »

Mais, pour arriver à un résultat satisfaisant, ce n'est pas seulement les établissements qui devront améliorer leur outillage, il faudra encore que les baigneurs améliorent leur manière de vivre. La plupart d'entre eux vont aux eaux pour s'amuser; s'ils mangent, c'est pour faire des repas fins, en bonne compagnie, à qui boira le plus; s'ils font de l'exercice, c'est sous forme d'excursions qui durent toute une journée, et d'où ils reviennent éreintés, pour aller terminer la soirée, et souvent la nuit, dans des salles de jeu. M. Monard s'efforce de ramener les baigneurs à un genre de vie plus en rapport avec les lois de l'hygiène. Sur ce point, nous sommes bien en retard sur nos voisins d'Outre-Rhin. Voici, d'après le docteur Stycha (de Carlsbad), la manière dont est distribuée la journée des baigneurs dans cette station :

Lever, de cinq à six heures, aux sons d'un orchestre. On se presse aux buvettes; puis promenade d'une heure.

Neuf heures. Déjeuner : thé, café, cacao, lait, pain blanc préparé spécialement pour les malades.

Promenade à la forêt, où il y a des jeux divers : tir à la cible, lawn-tennis, littérature.

Midi. Dîner *à la carte seulement*. Régime strict d'après indications médicales : potage, viande rôtie, bœuf ou veau, un légume, compote.

Après-midi. Lecture, billard, cartes à jouer, promenades dans les environs ou concert.

Chez la plupart des enfants, les terreurs nocturnes n'entraînent aucune conséquence fâcheuse; quelques-uns, pendant une période de temps plus ou moins longue, paraissent y être prédisposés : le plus souvent on n'en découvre pas la cause immédiate, on les rapporte à une nervosité exagérée, à des troubles digestifs, à des écarts de régime; quoi qu'il en soit, les accidents disparaissent un jour, et les mêmes causes accusées jadis ne reproduisent plus les mêmes effets. Chez d'autres enfants les terreurs nocturnes, les cauchemars se reproduisant à intervalles rapprochés, sont les prodromes d'une affection latente.

Dans une thèse de 1881, l'un de nos jeunes confrères, le docteur Debasker, a réuni un certain nombre de faits observés par Potain, Damaschino, Landouzy, et dans lesquels des sujets atteints de terreurs nocturnes se trouvèrent des candidats à la tuberculose méningée ou cérébrale. Dans le cas actuel, cette idée ne pourrait être écartée d'emblée. Mon malade est le petit-fils d'un tuberculeux, le neveu de plusieurs tuberculeux, et, il y a quelques années, un de ses cousins germains fut enlevé en quelques semaines, à l'âge de 4 ans, par une méningite tuberculeuse; ce qui rendait la situation plus pénible pour la famille, c'est que, chez l'enfant mort de méningite, l'affection s'était déclarée ou tout au moins avait été précédée par des accidents tout à fait analogues à celui que nous venons de voir se produire, si bien que le malheureux père qui, comme moi, se rappelait la maladie de son neveu, avait de suite prévu une catastrophe analogue.

Je ne partageai pas ses craintes en m'appuyant sur les considérations suivantes : Les jours qui avaient précédé le cauchemar, l'enfant avait été manifestement atteint d'un embarras gastrique, comme il le fût les jours suivants. Dans la soirée immédiatement précédente, il avait dîné chez sa grand'mère, il avait été agité, surexcité et s'était couché plus tard qu'à l'ordinaire. Je crus donc à des phénomènes d'ordre purement réflexe; je fis surveiller son régime alimentaire et ses digestions, et, au bout de quatre mois de guérison, je crois avoir porté un pronostic exact.

---

Cinq heures. Café, thé, cacao, lait.

Sept heures. *Souper :* jambon, veau rôti, œufs, thé, vin en faible quantité.

Neuf heures et demie. Tout le monde se couche.

Pour les distractions, il y a deux bons orchestres, un dit *de la Cure*, l'autre *le Concert* pour la musique classique. Il y a, depuis deux ans, un théâtre dont les représentations se terminent toujours *au plus tard à dix heures.*

Il y a loin de cette réglementation sévère au laisser-aller de nos stations, Aix en particulier. A la place des jeux au grand air et des repas réglés, nous avons des entassements dans des salles de concert et de jeux, où les baigneurs respirent de l'air ayant déjà passé à travers des centaines de poumons et des festins où la gourmandise se donne libre carrière. M. Monard s'élève contre ce genre de vie si opposé aux lois de l'hygiène et au traitement des maladies pour lesquelles on vient demander la guérison aux eaux d'Aix. Il va même jusqu'à demander aux administrateurs de la ville une réglementation destinée non pas à supprimer les jeux, mais à les restreindre dans les limites compatibles avec la santé des baigneurs. « En leur laissant la liberté qui existe maintenant, dit-il avec raison, on pourra peut-être y gagner une clientèle interlope, mais on éloignera sûrement la clientèle sérieuse. Les eaux méconnues, éclipsées par les établissements de jeux, seront reléguées au second plan.

Ceux qui veulent mener de front le traitement et le jeu aboutissent toujours et fatalement à un insuccès thérapeutique. On quitte Aix plus malade qu'on y est venu; et on n'y revient pas. Que de fois dans le cours de nos voyages n'avons-nous pas rencontré de

Ma seconde observation se rapporte à un fait analogue, mais d'un ordre plus sérieux.

Le 2 janvier dernier, à quatre heures de l'après midi, j'étais appelé auprès d'un enfant de 3 ans 1/2 encore, d'une forte constitution et d'une parfaite santé.

Le matin, à neuf heures, il s'était réveillé en mauvaise disposition. Il avait refusé son premier déjeuner; à onze heures et demi il avait, sans appétit, mangé un peu de viande et s'était recouché à midi. Jusqu'à trois heures et demie, il était resté dans son lit, sommeillant, grognant, se plaignant sans cesse.

A trois heures et demie il avait été pris d'une violente convulsion. Dans ce cas encore, je n'eus pas à douter des faits qui m'étaient racontés. Un médecin, arrivé quelques minutes après le début des accidents, m'en fit une description nette et précise; et moi-même, à quatre heures, je pus constater dans les deux mains et les avant-bras des secousses cloniques pathognomoniques. Il s'agissait, à n'en pas douter, d'une violente convulsion qui, avec des rémissions et des reprises, avait duré une grande demi-heure.

Notre confrère, justement effrayé, portait un pronostic très grave; il était tout disposé à voir le début d'une tuberculose encéphalique. Pour combattre la congestion, il me proposait des applications de glace sur la tête, un purgatif et du bromure.

Plus éclairé que lui sur les antécédents de l'enfant et sur ceux de sa famille que je connais depuis longues années, je fus beaucoup moins inquiet. Si grande que l'on doive faire la part aux surprises de la contagion, en clinique, il faut l'admettre, on ne voit pas la tuberculose fondre d'emblée sur une famille sans le moindre phénomène prémonitoire. Or, ni du côté du père, ni du côté de la mère, ni du côté des frères et des sœurs qui sont nombreux, ni enfin du côté de l'enfant lui-même, jamais un soupçon de diathèse n'aurait pu être formulé. Enfin l'histoire de la journée précédente devait encore dissiper tout les doutes.

---

ces baigneurs contrits, qui n'ont emporté de notre beau pays que le regret d'être entré dans certaines salles, où ils ont compromis leur avenir!

Notre pays vaut mieux que la réputation qu'on lui fait; nous réunissons toutes les conditions d'un centre médical et balnéaire modèle : air pur de la plaine et des altitudes, vallons verdoyants, eaux minérales incomparables, promenades variées à l'infini. »

Ce n'est pas la seule réforme que M. Monard rêve pour Aix-les-Bains. Il voudrait en faire une station modèle, un sanatorium que les conditions particulières dans lesquelles se trouve cette ville permettraient de créer très facilement. Cette station devrait présenter, à proximité des sources chaudes et froides abondantes, des climats variés : 1° Le climat de plaine (100 à 250 mètres d'altitude) avec un horizon étendu; 2° le climat intermédiaire de demi-altitude (de 500 à 1,000 mètres); 3° le climat de haute montagne (de 1,000 à 2,000 mètres).

Tout cela se trouve réuni à Aix.

Située à 240 mètres d'altitude, sur le versant à pente douce d'une montagne escarpée; au centre d'une vallée spacieuse, largement ouverte au couchant et au Midi, protégée au Nord à mesure qu'on s'élève; entourée d'une végétation riche et variée, sous un ciel tempéré, Aix et son voisinage présentent les conditions primordiales de tout bon sanatorium : des promenades horizontales et à pente légère, des terrains spacieux très ensoleillés en hiver, et à l'ombre en été.

Avec ses montagnes élevées supportant des plateaux immenses, où s'étale la plus

La veille, c'est-à-dire le 1er janvier, l'enfant avait été comblé de joujoux, gorgé de bonbons ; et, pour qu'aucune imprudence ne fut oubliée, on l'avait gardé éveillé et, partant, énormément surexcité, chez sa grand'mère, jusqu'à une heure et demie du matin. A deux heures seulement il était dans son lit, après avoir traversé Paris à une température de 2 ou 3 degrés au-dessous de glace.

Ici encore je crus donc à des accidents d'ordre réflexe ; je fis donner à l'enfant un lavement purgatif, et, comme boisson, de l'eau sucrée et de la fleur d'oranger.

Le lendemain, il était complètement guéri, et, depuis lors, il est parfaitement bien portant.

---

## Anomalies vaccinales

Par le docteur Commenge (1).

Obs. XI. — L'enfant Montel Gabrielle, âgée de six mois, demeurant rue de l'Hôtel-de-Ville, n° 20, a été vaccinée le 20 juillet.

On a fait à chaque bras trois inoculations vaccinales, qui ont donné six boutons de vaccine.

Au bras gauche, le bouton inférieur est accompagné d'une rougeur inflammatoire très étendue, de gonflement et d'induration ; il y a eu de la suppuration pendant plusieurs jours.

Au bras droit, il y a eu aussi de la suppuration, de la rougeur inflammatoire et de l'induration des tissus circonvoisins ; une des plaies était plus étendue que les autres.

7 août. — 19e jour de la vaccination.

Il reste, au bras droit, de la rougeur autour du bouton médian et du bouton inférieur ; autour du bouton inférieur, il existe une tuméfaction ayant le volume d'une noisette. Les croûtes vaccinales sont tombées.

Les croûtes vaccinales sont tombées aussi au bras gauche.

Il n'y a pas de ganglions engorgés dans les régions axillaires.

(1) Suite. — Voir les numéros des 26 février, 5, 19 mars et 4 avril 1889.

---

riche végétation alpestre qu'on puisse rêver, elle nous offre toute une gamme de climats qu'on trouverait difficilement réunis comme chez nous en un même point.

Joignez à cela les sources chaudes les plus abondantes connues (à part certaines eaux non exploitées du Caucase), avec une température telle, qu'elles peuvent suffire à toutes les exigences d'une cure thermale.

Contrairement à ce qu'on observe dans la plupart des villes d'eaux, situées dans des gorges resserrées, les eaux thermales d'Aix, au lieu de sourdre dans les parties les plus basses, sortent du rocher en un point élevé, d'où elles remplissent naturellement de très grands réservoirs, à 14 mètres au-dessus de l'endroit où on les utilise.

Le voisinage du lac permettrait de compléter l'organisation de l'hydrothérapie, car on pourrait y créer un établissement alimenté par l'eau douce provenant du lac, et dont la température est de 10 à 25 degrés.

Quant au climat de haute montagne, on le trouverait tout près de là, sur le plateau du Revard, à une altitude de 1,548 mètres.

En gravissant la pente douce qui conduit au pied de la montagne, on rencontre des sites merveilleusement disposés pour devenir des stations intermédiaires de demi-altitude à 700, 800 et 900 mètres, avec protection absolue du côté du Nord. On y trouve déjà des parcs naturels, plantés de châtaigniers séculaires, où l'on viendrait, pendant les suffocantes chaleurs de juillet et d'août, passer les heures si pénibles de l'après-midi et respirer un air frais et embaumé.

Lorsque le chemin de fer funiculaire, dont la construction est projetée, reliera Aix au

*Remarques.* — Les boutons de vaccine se sont développés avec des phénomènes inflammatoires modérés; la suppuration n'a pas été abondante comme dans les autres cas. Il n'y a rien qui ressemble à des accidents syphilitiques.

Obs. XII. — L'enfant Riboulot Marthe, âgée de 11 mois, habite rue de Rambuteau, n° 35.

Cette enfant a été vaccinée par six inoculations qui ont donné trois boutons de vaccine au bras gauche et deux boutons au bras droit; j'ai vu cette enfant le 5 août.

Les croûtes qui ont succédé aux boutons de vaccine n'existent plus au bras droit; il n'y a pas eu de complication et aucun phénomène d'inflammation périphérique.

Au bras gauche, une des croûtes vaccinale est tombée; les deux autres ne présentent aucun caractère particulier et ont l'aspect de toutes les croûtes vaccinales.

Il n'y a pas eu de travail inflammatoire étendu.

*Remarques.* — Dans ce cas, la vaccination n'a présenté rien d'anormal.

Obs. XIII. — L'enfant Schpanski Théophile, âgé de 2 ans, demeurant 37, quai d'Anjou, a été vacciné le 20 juillet.

Dès le lendemain de l'inoculation vaccinale, il y avait une rougeur inflammatoire assez étendue; il s'est produit, à chaque bras, trois boutons dont le développement s'est fait très rapidement.

Au bras gauche, sur trois boutons, deux ont suppuré abondamment. Cette suppuration était accompagnée de rougeur et de gonflement des parties voisines.

Les trois boutons du bras droit ont aussi suppuré, mais particulièrement le bouton inférieur; ils étaient accompagnés d'une vive rougeur et de tuméfaction du bras.

L'enfant a été vu par moi le 10 août. Les croûtes vaccinales sont tombées; il reste un peu d'induration inflammatoire autour du bouton médian du bras gauche et du bouton inférieur du bras droit; il n'y a pas d'induration autour des autres boutons.

*Remarques.* — Ce qui caractérise cette observation, c'est le développement très rapide des boutons et des phénomènes inflammatoires; c'est aussi la suppuration qui accompagne les boutons de vaccine, dès leur formation.

Il n'y a ici aucun rapport avec les accidents syphilitiques et l'induration

---

plateau du Revard, on pourra y arriver facilement. Ce plateau a une étendue de 15 sur 10 kilomètres; il aboutit, au levant, à la pittoresque vallée de Saint-François, qui domine la Margeriaz à 2,000 mètres. Toutes les Alpes bornent l'horizon avec leurs plus beaux sommets, qu'on peut scruter dans leurs moindres détails. Le plateau lui-même, vallonné comme si la main d'un habile jardinier l'avait tracé, est recouvert d'immenses bois de sapins.

Le sol est productif; des sources assez abondantes donnent une eau d'une parfaite limpidité; avec quelques travaux d'aménagement, on pourrait créer des sources artificielles qui répondraient à tous les besoins.

Tous les éléments des stations de montagne les plus renommées s'y trouvent réunis. Il ne reste plus qu'à en tirer parti et à les utiliser le mieux possible.

M. Monard parle en enthousiaste de ce projet, qui serait si favorable à la fois aux intérêts de sa ville natale et à ceux de la santé publique. Son développement, l'adjonction de la station du Revard aux éléments dont dispose déjà le corps médical d'Aix, et qu'on pourrait encore améliorer, permettraient de venir en aide aux malades de toutes catégories, aux pauvres comme aux riches; et l'Assistance publique pourrait y envoyer ses indigents à des conditions aussi avantageuses que celles qui lui sont faites à Gérardmer (climat de montagne) et à Berck.

Nous avons voulu parler longuement de ce projet, qui nous a véritablement séduit, car il rentre dans cette grande catégorie de moyens hygiéniques qu'on se propose actuellement d'utiliser pour régénérer notre population française; celle-ci s'accroissant peu

constatée est l'induration qui accompagne les phénomènes inflammatoires. Ces boutons de vaccine se montrent hâtivement et avec des accidents phlegmoneux.

Obs. XIV. — L'enfant Prudhommeau Paul, âgé de 14 mois, demeurant rue Bourg-tibourg, n° 16, a été vacciné le 20 juillet et vu par moi le 4 août. Sur six inoculations vaccinales, il y a eu cinq boutons de vaccine.

Quatre de ces boutons n'ont présenté rien d'anormal.

Le bouton inférieur du bras gauche a été accompagné d'une rougeur inflammatoire très vive et d'une suppuration assez abondante. Le 4 août, 16e jour de la vaccination, le bouton se présente sous la forme d'une petite plaie creusée, avec teinte grisâtre ; au fond de la plaie, on voit se former des bourgeons charnus. Cette plaie est accompagnée d'une induration dont le siège principal est dans les tissus voisins et non au pourtour de sa surface ou de sa base ; elle s'étend aux parties profondes, comme dans toutes les inflammations phlegmoneuses.

Il y a trois jours, la rougeur et l'induration étaient plus étendues ; elles ont cédé à l'emploi de cataplasmes de fécule de pommes de terre.

*Remarques.* — Sur cinq boutons qui succèdent à six inoculations, un seul présente des accidents spéciaux. Comme dans plusieurs des faits précédents, nous voyons des phénomènes phlegmoneux accompagner l'évolution du bouton de vaccine. La plaie qui a succédé au bouton vaccinal ressemble quelque peu, par sa teinte grisâtre et son aspect infundibuliforme à un petit chancre ; mais, les bourgeons charnus qui apparaissent sous la teinte grise, l'induration qui s'étend à une partie du bras, la rougeur généralisée et enfin l'influence salutaire des émollients, tout fait repousser cette idée et accepter celle d'un bouton vaccinal phlegmoneux.

Le 14e enfant de la série, vacciné le 20 juillet, le nommé Weinstein Maurice âgé de six semaines, demeurant rue des Jardins Saint-Paul, n° 21, n'a eu aucun bouton de vaccine, bien qu'il y ait eu six inoculations pratiquées au bras.

Le tableau A donne le résumé de toutes ces observations.

---

par les naissances, il faut de toute nécessité s'efforcer d'empêcher sa diminution par la mortalité et, pour cela, de fortifier toutes les faiblesses physiques. A côté des sanatoria maritimes, les sanatoria thermaux, les stations de montagne trouveront une place toute marquée, car ils ont des indications différentes.

Reste à réaliser ce beau projet. En Amérique, il suffirait de l'exposer pour voir sortir les capitaux de terre; chez nous, c'est plus difficile; il faut en parler longtemps avant d'attirer l'attention; j'ai commencé, après M. Monard, auquel j'adresse tous mes vœux pour l'utilisation du plateau du Revard. Simplissime.

---

Mixture contre la coqueluche. — Vetlesen.

| | |
|---|---|
| Extrait de cannabis indica | 1 gramme. |
| Extrait de belladone | 0 gr. 50 centigr. |
| Alcool absolu | } ãã 5 grammes. |
| Glycérine | } ãã 5 grammes. |

Mêlez. — Aux enfants de 8 mois à 1 an, on prescrit quatre à cinq gouttes du mélange; de 1 à 2 ans, cinq à huit gouttes; de 2 à 4 ans, huit à dix gouttes; de 4 à 8 ans, dix à treize gouttes; de 8 à 12 ans, douze à quinze gouttes; au-dessus de douze ans et aux adultes, on administre de quinze à vingt gouttes. — Cette mixture se donne soit seulement le soir, soit le soir et le matin, pour combattre les accès de coqueluche. — N. G.

VIII

TABLEAU A.

*Vaccinations du 20 juillet 1882.*

| | NOM | PRÉNOM | AGE | DEMEURE | OBSERVATIONS |
|---|---|---|---|---|---|
| Enfant vaccinifère | Bertrand..... | Blanche... | 1 mois. | 85, rue Saint-Martin. | 6 boutons de vaccin d'apparence normale. — Boutons qui suppurent abondamment dès le soir du neuvième jour. |
| Enfants vaccinés. | Bihler ....... | Antoinette. | 5 semaines | 14, rue Pierre-au-Lard. | 6 inoculations. — 3 boutons de vaccine normale avec suppuration. |
| | Bloum....... | Eugénie... | 6 mois. | 4, rue des Tournelles. | 6 inoculations. — 5 boutons de vaccine normale; un bouton suppuré suivi de plaie. |
| | Bardon ...... | Camille... | 6 mois 1/2. | 9, rue S^te^-Croix | Rien d'anormal. — 6 boutons de vaccine régulièrement développés. |
| | Carrier...... | Alice ..... | 11 mois. | 12, rue S^t^-Paul | 6 inoculations. — 5 boutons de vaccine normale; 1 bouton purulent. |
| | Cerf......... | Fanny .... | 9 mois. | 18, quai des Célestins. | 6 inoculations. — 1 seul bouton de nature phlegmoneuse. |
| | Darron....... | Antoinette | 15 mois. | 64, r. des Lombards. | 6 boutons de vaccine? |
| | Fayel........ | Léontine.. | 3 mois. | 3, rue Mornay. | 6 inoculations. — 4 boutons de vaccine; 3 de ces boutons ont été phlegmoneux. |
| | Meile ........ | Ferdinand. | 13 mois. | 17, rue Chanoinesse. | 6 boutons de vaccine développés normalement. |
| | Masson ... .. | Louise.... | 5 ans. | *Idem.* | Sur 2 inoculations, un seul bouton de vaccine, et une plaie ayant l'aspect d'un chancre. |
| | Montel.... .. | Gabrielle.. | 6 mois. | 20, rue de l'Hôtel-de-Ville. | 6 boutons de vaccine accompagnés de suppuration. |
| | Riboulot..... | Marthe.... | 11 mois. | 35, rue de Rambuteau. | 6 inoculations. — 5 boutons de vaccine normale. |
| | Schpanski.... | Théophile. | 2 ans. | 37, quai d'Anjou. | 6 boutons de vaccine avec suppuration abondante. |
| | Prudhomman. | Paul...... | 14 mois. | 16, rue Bourtibourg. | 6 inoculations. — 5 boutons de vaccine, dont 1 est accompagné d'accidents phlegmoneux. |
| | Weinstein.... | Maurice... | 6 semaines | 21, rue des Jardins. | Sur 6 inoculations vaccinales, il n'y a pas de résultat. |

*(A suivre.)*

# BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ PRATIQUE D'HYGIÈNE DE L'ENFANCE, par J. UFFELMANN, traduit par G. BŒHLER, avec 10 figures dans le texte. — G. Steinheil, éditeur, 1889.

Ce beau volume de 800 pages est, sans contredit, le plus complet ouvrage qui ait été consacré jusqu'ici à l'hygiène de l'enfant. Le but de l'auteur a été de donner aux élèves

en médecine, aux médecins, aux agents sanitaires et aux pédagogues un exposé précis, reposant sur des données positives, de tout ce qu'il importe de savoir sur les soins à donner aux enfants.

M. Uffelmann prend l'enfant à la naissance et le suit jusqu'à la puberté. Dans l'hygiène *générale* se trouvent compris les chapitres consacrés à l'*histoire de l'hygiène* infantile (l'auteur a fort judicieusement mis en regard les uns des autres les résultats pratiques et les résultats scientifiques acquis à telle ou telle époque de l'histoire de l'hygiène); la mortalité et la morbidité de l'enfance; l'étiologie générale des maladies de cet âge.

L'hygiène *privée* est basée sur la physiologie de l'enfant. L'auteur traite successivement de l'alimentation, des soins généraux, de l'habitation, de l'hygiène des organes de la respiration et de celle du système osseux et musculaire, du sommeil, de l'hygiène des sens, de la santé morale, ainsi que des habitudes nuisibles à la santé des enfants.

Sous la rubrique hygiène *publique* se trouvent étudiées les mesures sanitaires applicables à toutes les agglomérations d'enfants (des écoles, des fabriques et ateliers, enfants trouvés, crèches, jeunes détenus, enfants en voyage et enfants malades).

On ne sanrait trop féliciter M. le docteur Bœhler de nous avoir fait connaître le traité d'hygiène d'Uffelmann, grâce à sa traduction fidèle et élégante. — P. Le Gendre.

## REVUE DES JOURNAUX

**Un nouvel antidote de la morphine.** — Le professeur Arpad Bokai recommande l'emploi de la picrotoxine comme contre-poison de la morphine, attendu qu'elle exerce une action antagoniste à celle de cette dernière sur les centres respiratoires. En effet, dit-il, tandis que la morphine tend à paralyser ces centres, la picrotoxine y produit une puissante stimulation. Et, ajoute-t-il, puisque la mort par l'empoisonnement morphinique est généralement attribuée à la paralysie produite dans le centre respiratoire, cette considération suffit à elle seule pour indiquer la picrotoxine comme un excellent antidote en pareil cas. De plus, la morphine pouvant déterminer une dépression de la tension sanguine assez rapide pour menacer la vie, la picrotoxine, qui est un stimulant énergique du centre vaso-moteur, est encore indiquée, à ce point de vue, comme antidote. Enfin, le professeur Bokai pense que l'administration préalable d'une petite dose de picrotoxine pourrait diminuer le danger d'asphyxie dans la narcose chloroformique. (*Internationale klinische Rundschau,* 17 janvier 1889, et *The therap. Gaz.*, 15 mars 1889.)

R.

## COURRIER

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — M. le président Roger vient d'adresser aux présidents des Sociétés locales la lettre suivante :

*Paris, le 20 mars 1889*

Monsieur et très honoré confrère,

J'ai l'honneur de vous annoncer que l'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 12 et 13 mai prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Vous trouverez ci-contre l'ordre du jour des deux séances.

Je crois devoir vous rappeler les dispositions de l'art. 20 des Statuts qui règlent la composition de l'Assemblée générale :

« Chaque Société de 75 membres, ou au-dessous, est représentée par son président ou par un délégué; celles qui se composent de 76 à 150 membres peuvent avoir deux délégués; de 151 à 225 membres, trois délégués, et, à partir de ce chiffre, un délégué de plus par chaque fois 75 membres. »

J'ai déjà eu l'honneur de vous prier de vouloir bien me faire connaître le confrère ou les confrères chargés de représenter cette année votre Société à l'assemblée générale, afin de les faire profiter de la réduction de moitié prix accordée par les compagnies de chemins de fer aux délégués des sociétés locales. Dans le cas où cette notification n'aurait pas encore été faite, il serait indispensable de me l'envoyer le plus promptement possible, car le 1er avril est le dernier délai fixé par les compagnies.

Veuillez agréer, Monsieur et très honoré confrère, la nouvelle assurance de mes sentiments dévoués.

*Le secrétaire général,* Dr A. RIANT. *Le président,* H. ROGER.

*Nota.* — MM. les membres du conseil général de l'Association et de la commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 12 mai, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

Conformément à la décision prise dans l'assemblée générale de 1884, les élections des membres du bureau et du conseil général auront lieu dans la séance de lundi 9 avril; la liste des candidats proposés par le bureau sera mise à la disposition des délégués, le dimanche 12 mai, avant la séance.

Afin d'accélérer, autant que possible, la publication de l'Annuaire du présent exercice, MM. les présidents et secrétaires des sociétés locales sont instamment priés de vouloir bien, s'ils ne l'ont déjà fait, adresser dans le plus bref délai possible, à M. le docteur Blache, secrétaire, 5, rue de Surène, les formules et les listes qui leur ont été envoyées à remplir et à mettre au courant.

MM. les présidents sont, en outre, invités à rappeler à M. Brun, trésorier, 23, rue d'Aumale, le nombre des Annuaires dont ils ont besoin pour leur Société.

*Vingt-neuvième assemblée générale.*

Ordre du jour de la séance du dimanche 12 mai 1889. — La séance est ouverte à deux heures.

1. Allocution du président :
2. Exposé de la situation financière de l'association générale, par M. Brun, trésorier;
3. Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Boutin, membre du conseil général;
4. Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1888, par M. A. Riant, secrétaire général;
5. Première partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1889.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental.)

Ordre du jour de la séance du lundi 13 mai 1889. — La séance sera ouverte à deux heures.

1re *Partie.* — 1° Vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale ;

2° Approbation des comptes du trésorier par l'assemblée générale ;

3° Deuxième partie du rapport de M. Passant, sur les pensions viagères à accorder en 1889. Discussion et vot des propositions;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1890;

5° Election d'un membre du Conseil général de l'Association, en remplacement de M. Leroy de Méricourt, démissionnaire;

6° Renouvellement partiel du Conseil général. — Membres du Conseil à renouveler : MM. Lannelongue, Passant, Hérard, de Ranse, Bancel, Dufay, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du conseil sont rééligibles).

2e *Partie.* — 1° Rapport de M. Durand-Fardel, sur le vœu de la société de l'Orne (Réglementation des vœux).

2° Rapport de M. Bucquoy, sur le vœu des Sociétés du Rhône et de la Marne (mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital, etc.).

3° Rapport de M. Motet sur le vœu de la Société de Laon, Vervins, Château-Thierry (Assistance dans les campagnes) et le vœu de la Société de Châtillon-sur-Seine (Direction générale de la santé publique).

4° Propositions et vœux soumis, par les sociétés locales, à la prise en considération de l'assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1890.

CONTESTATION D'HONORAIRES. — Le docteur Vincent Kamienski a fait assigner le sieur Daumas par devant le Tribunal civil de Lyon, en paiement de 525 francs pour honoraires à raison des soins donnés à Mme Daumas, décédée.

Le défendeur a reconventionnellement demandé 2,000 fr. de dommages-intérêts au docteur Vincent Kamienski, en se fondant sur ce que celui-ci se serait présenté chez son client sous son prénom de Vincent, de manière à laisser croire qu'il n'était autre que l'honorable médecin de ce nom, chirurgien en chef de la Charité et professeur agrégé à la Faculté de médecine.

Le défendeur n'articule pas que le demandeur se soit donné ces dernières qualités, mais aurait sciemment fait naître une confusion à la faveur de son prénom de Vincent.

Ce mode de défense n'a pas prévalu, et le défendeur a été condamné à payer au demandeur la somme de 525 fr., objet de la demande.

Sur l'appel de Daumas, la Cour avait à examiner la question préalable de savoir si l'appel qui remettait en question la demande reconventionnelle était recevable.

La Cours a prononcé l'irrecevabilité et a confirmé le jugement sans pouvoir aborder la question de savoir si le demandeur avait sciemment ou non usurpé le nom d'un de ses confrères, et fait agréer ses soins à la faveur de cette confusion.

Mais ce piquant débat reviendra prochainement entre les parties.

Nous apprenons en effet que le sieur Daumas s'est porté partie civile et a cité en police correctionnelle le docteur Kamienski auquel il se propose de demander des dommages-intérêts pour l'avoir, prétend-il, trompé sur sa personne et ses qualités.

Nous ne manquerons pas de faire connaître à nos lecteurs les détails de ce débat original. (*Moniteur judiciaire* du 7 mars 1889.)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 8 avril. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Potherat et Philbert, Ory et Huchard, sur les candidatures de MM. Reuss et Chayé. — 2. M. Puy-le-Blanc : Observations d'une variété non décrite d'agoraphobie. — 3. M. Lutaud : De l'action élective de la morphine sur l'appareil utéro-ovarien; indications thérapeutiques. — 4. M. Bourdel : Cas de diagnostic difficile à propos de fièvre éruptive.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 8 avril 1889, à quatre heures très précises, au Palais de Justice dans la salle des référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Rapport de la Commission chargée de l'examen des candidatures (membres titulaires). — 3. Rapport de la Commission chargée de l'examen des candidatures (membres correspondants et associés étrangers). — 4. Rapport de la Commission chargée d'examiner le travail de M. Linossier sur l'examen spectroscopique des taches de sang. — 5. Communications diverses.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

### Syphilis hépatique.

Leçon recueillie par M. G. BOUISSON, interne du service.

Messieurs,

Nous avons en ce moment, dans nos salles, un malade atteint d'hépatite syphilitique que nous pouvons considérer comme guéri, et cette semaine, à l'autopsie de deux femmes mortes d'affections étrangères à la syphilis, nous avons trouvé des gommes du foie. J'en profite pour vous parler de la localisation de la syphilis sur cet organe.

Voici d'abord l'observation du malade actuellement en traitement dans nos salles.

OBSERVATION I<sup></sup>re. — *Herpétisme se traduisant par de l'acné de la face, varices des jambes, etc. — Syphilide gommeuse de la peau de la cuisse et de la glande hépatique. — Augmentation considérable du volume de la rate.* — Le nommé S..., âgé de 50 ans, admis dans notre salle Piorry le 18 juillet 1888, contracte, il y a vingt-cinq ans, une syphilis pour laquelle il a été soumis à un traitement mercuriel, à l'hôpital du Midi. Il est, de plus, atteint d'alcoolisme et prétend avoir eu dernièrement une scarlatine. Plusieurs mois avant son entrée, ce malade a commencé à maigrir en même temps qu'il éprouvait des douleurs lombaires intenses lui arrachant parfois des cris. Le visage est couvert de boutons d'acné, la peau est atteinte d'icthyose; les jambes sont variqueuses et les ongles sont épaissis et côtelés. Au niveau de l'épine du tibia et de la face externe de la cuisse gauche se voient des stigmates de syphilide tuberculo-ulcéreuse. Le testicule droit est un peu induré. Les veines sous-cutanées abdominales sont dilatées.

Le foie, manifestement augmenté de volume, déborde le rebord costal et présente quelques bosselures, surtout appréciables à l'épigastre, son lobe gauche, relativement plus volumineux que le droit, dépasse de cinq travers de doigt les fausses côtes, son bord libre est très irrégulier.

La rate, de consistance ferme, déborde en avant de 5 à 6 centimètres; son volume est considérable, car elle mesure 16 sur 28 centimètres. Pas d'ascite ni d'ictère.

La forme du foie, les bosselures constatées à sa surface jointes à l'hypertrophie de la rate et à la présence de stigmates sur les jambes, conduit à diagnostiquer une affection syphilitique. Frictions mercurielles et iodure de potassium.

9 août. — Le malade, atteint ces jours derniers de diarrhée, a eu des épistaxis à plusieurs reprises; il se plaint de douleur au niveau de la rate et souvent aussi dans la région de l'hypochondre droit. Le foie a diminué de volume.

16 septembre. — La voix du malade, enrouée depuis plusieurs mois, reste rauque; néanmoins l'état général du malade s'est sensiblement amélioré; mais, hier soir, il a été pris d'un frisson de trois quarts d'heure avec une température de 39°5; ce matin, 38°;

cette fièvre ne tarde pas à tomber, mais le malade est pris de diarrhée, puis d'un érythème généralisé scarlatiniforme. Cet érythème s'efface, et, le 18 septembre, il commence à desquamer; on se demande s'il ne se rattache pas à l'absorption du laudanum administré dans le but de combattre la diarrhée.

Le 1er novembre, le foie a encore diminué de volume à droite; il s'est hypertrophié à gauche. L'acné du visage persiste et aussi l'enrouement et les stigmates de syphilis.

L'embonpoint est revenu, et nous croyons pouvoir affirmer la guérison d'une façon certaine. L'irrégularité, les bosselures du foie, l'absence d'ascite, ne permettent pas de penser à une cirrhose alcoolique, affection dans laquelle le foie est simplement granulé et l'ascite habituelle. L'hypermégalie splénique conduit à rejeter l'hypothèse d'un carcinome.

La diminution du volume du foie par le traitement ioduré, doit faire rejeter également l'idée d'un lymphome et d'un kyste hydatique.

Il nous reste à déterminer dans quelles conditions s'est opérée cette guérison. Sommes-nous en présence d'un malade dont le foie a repris son état primitif, normal? Cela est impossible. Les désordres spécifiques du foie, comme les lésions circonscrites de la peau, appartiennent à la période tertiaire, dont le caractère est d'être destructive et de laisser des stigmates indélébiles. Aussi sommes-nous ici en présence d'un foie irrégulier et mutilé, parcouru sans doute de cicatrices comme les foies que nous vous montrerons tout à l'heure. La partie non lésée, dans les cas de ce genre, s'hypertrophie d'une manière réelle et compensatrice. Nous avons à plusieurs reprises rencontré chez des malades, considérés de leur vivant comme cancéreux, une disparition complète d'un des lobes du foie par des productions gommeuses résorbées avec hypertrophie considérable du lobe opposé.

La rate reste volumineuse et pourtant nous attribuons à la syphilis le désordre dont elle est le siège. C'est qu'en effet la syphilis agit d'une manière différente sur la rate et sur le foie. Dans le foie, elle engendre des lésions scléreuses et gommeuses; tandis que la plupart du temps elle produit dans la rate une simple hyperplasie des éléments propres, comme cela se passe pour les ganglions lymphatiques. Or, l'iodure n'agit pas de même sur ces différentes lésions. Il pourrait se faire aussi que la rate se trouve en voie de dégénérescence amyloïde, mais l'absence d'albuminurie n'est pas favorable à cette manière de voir.

Voici maintenant une observation où la syphilis hépatique n'a été reconnue qu'à l'autopsie, la malade, morphiomane avancée, ayant succombé tout à coup à une syncope.

Obs. II. — *Morphinisme chronique. — Traitement par les injections de cocaïne; grande amélioration. — Mort subite. — Vacuité des cavités cardiaques. — Syphilis hépatique.* — La nommée L... (Marie), fleuriste, âgée de 36 ans, est admise, salle Lorain, le 18 décembre 1888. Cette malade a le facies amaigri, vieillot, la peau ridée, les traits tirés, l'expression triste et souffreteuse, inspirant la pitié. Les téguments sont ridés, décolorés et anémiés. Le corps est tout tatoué par des piqûres de morphine. Soignée à 18 ans par le regretté Lasègue pour un rhumatisme articulaire aigu, elle a été plus tard traitée par notre savant collègue le docteur Cornil pour une gastrite, et ces jours derniers elle sortait de l'hôpital de la Charité. Cette femme pleure et rit comme une enfant; elle a perdu la mémoire; pourtant, elle nous raconte qu'elle a été piquée avec la morphine, pour la première fois il y a une douzaine d'années, que, plus tard, elle a cessé l'usage de cette substance, et qu'enfin elle est revenue à ses habitudes depuis dix ans, à la suite d'un violent chagrin. Elle se servit successivement d'une solution au centième, puis au cinquantième, et enfin au trentième. Elle s'est fait jusqu'à vingt et trente piqûres

par jour. La suppression de la morphine se traduit chez elle par des vomissements bilieux et une incapacité cérébrale complète. Il y a un an environ que cette malade a commencé à perdre son embonpoint; sa maigreur a été excessive, car son poids ne dépassait pas 39 kilogrammes au mois de janvier; aujourd'hui, il oscille entre 42 et 45.

Elle se plaint de cauchemars, de crampes et offre une exagération des réflexes comme dans l'éthylisme.

Le 19 octobre, la surveillante de la salle s'empare d'une seringue que la malade avait dissimulée. Ce jour-là, je lui recommande de remplacer la moitié des piqûres de morphine par des piqûres de cocaïne; puis, peu à peu, on augmente le nombre des premières, en diminuant celui des secondes, à l'insu de la malade qui croit n'être piquée qu'à la morphine.

A partir du 26 octobre, on diminue le nombre des injections. Ce jour-là, il fut pratiqué deux piqûres de morphine et sept de cocaïne de 1 centigramme chacune. Les deux jours suivants, il y eut une seule piqûre de morphine qui fut supprimée le 2 novembre.

Le 6, abcès au niveau de la cuisse gauche. Le 7 novembre, la malade a vomi ses aliments et de la bile.

Le 9 au soir, elle meurt tout à coup au moment où elle allait se mettre au lit. Elle n'avait pas eu de piqûre de morphine depuis le 2 novembre.

A l'*autopsie*, il existe au sommet des poumons quelques tubercules récents. Les cavités cardiaques sont vides de sang, ce que nous considérons comme un signe de la mort par syncope. (Voy. notre *Traité d'anat. path.*, t. II.)

Le foie pèse 2,000 grammes, il est parsemé de sillons profonds qui brident et divisent sa face externe en lobes artificiels. D'ailleurs le lobe gauche a pour ainsi dire disparu, et sur toute la surface du lobe droit on aperçoit des saillies d'un blanc jaunâtre produites par des nodosités gommeuses, ayant le volume d'une noisette ou celui d'une noix. Une section permet de reconnaître que ce produit existe jusque daus la profondeur de l'organe et que les gommes sont là circonscrites par un tissu jeune, grisâtre, fibroïde.

Le parenchyme hépatique est assez ferme, de coloration jaunâtre et vineuse.

La rate est volumineuse, 490 grammes. Les ganglions lymphatiques prévertébraux sont doublés de volume.

Le tube digestif est normal, à part un dépôt de mucus à la suface de l'estomac.

Les reins un peu blancs se décortiquent facilement.

Les centres nerveux n'offrent pas de lésion appréciable; cependant si un fragment de cerveau, conservé dans l'acool et coupé, ne montre rien de particulier dans l'ordre des couches de la substance grise, on ne trouve pas moins dans la substance blanche sous-jacente un certain nombre de corps granuleux.

L'examen histologique est pratiqué par mon interne, M. Pilliet.

*Le rein* offre une infiltration embryonnaire assez abondante des bouquets glomérulaires, séparés de leur coque en beaucoup de points, par un exsudat grenu.

Au niveau de l'abcès cutané, une infiltration embryonnaire diffuse s'étend à toutes les couches du derme; le corps de Malpighi est pigmenté dans sa partie profonde, à peu près comme au-dessus d'un tubercule lépreux. Sur un point de la poitrine tatoué par les piqûres, on retrouve la même pigmentation du corps de Malpighi, d'où résultait la teinte terreuse générale et les taches brunes plus foncées de la peau.

Les travées conjonctives de l'hypoderme sont épaissies et des anneaux épais se dessinent autour des artères (cirrhose péri-vasculaire). En somme peu de lésions cutanées, ce qui est conforme aux recherches déjà faites par d'autres auteurs.

Le foie, dans les points où il n'existe pas de dépôts gommeux, offre un épaississement des trajets conjonctifs périveineux qui dessinent et englobent des îlots formés chacun par plusieurs lobules hépatiques.

Ces travées conjonctives sont le produit de fins faisceaux entremêlés de cellules fusiformes abondantes, et d'amas embryonnaires allongés. Sur certains points ces amas forment de vastes centres autour des espaces-porte et poussent des prolongements entre les trabécules hépatiques de façon à donner naissance à des points de cirrhose intralobulaire. On peut suivre toutes ces transitions entre ces amas et les masses plus volumineuses qui donnent naissance aux gommes.

Ces masses sont constituées par une accumulation embryonnaire abondante, sillonnée de néo-canalicules biliaires dilatés.

Le point central de ces masses est constitué par une substance grisâtre, homogène, parsemée de sphères réfringentes ressemblant aux corpuscules de Gluge, et entouré d'une couronne de cellules épithélioïdes allongées assez semblables à la nappe épithélioïde que l'on trouve dans une pleurésie tuberculeuse par exemple.

Les coupes faites au niveau des brides et des sillons qui parsèment le foie montrent, sous la capsule de Glisson, une infiltration embryonnaire et scléreuse semblable à celle qui existe à l'intérieur du foie. Aux points les plus déprimés, on constate au centre de la dépression des nappes conjonctives où les noyaux des cellules ne se colorent plus, et qui représentent vraisemblablement d'anciennes gommes étalées en nappe et dont la résorption a produit la dépression cicatricielle. C'est là un foie cirrhotique avec gommes multiples dont plusieurs sont résorbées.

Les cellules du parenchyme sont en dégénérescence graisseuse.

En résumé, une femme de 36 ans, ayant fait un avortement à 16 ans, s'est plus tard intoxiquée par la morphine, après quoi elle meurt tout à coup. A l'autopsie, on constate, en même temps que la vacuité des cavités du cœur, indice de la mort par syncope, l'existence d'une syphilis hépatique des plus manifestes, et qui cependant ne donnait lieu à aucun désordre notable.

Le fait suivant, pour différer du précédent, n'est pas moins significatif.

Obs. III. — *Syphilis hépatique. — Ictère biliaire. — Epistaxis. — Guérison. — Sortie. — Retour de l'ictère. — Lymphangite réticulée des membres inférieurs et de l'abdomen. — Mort.* — La nommée C... (Emilie), âgée de 55 ans, blanchisseuse, entrait une première fois à l'hôpital, le 14 mai 1888, avec une teinte ictérique très accentuée des sclérotiques et des téguments qui aurait débuté dix mois plus tôt et pour laquelle elle aurait été soignée à l'hôpital Cochin. Depuis quatre mois, elle ne pouvait travailler et, lors de son admission, l'abdomen, ballonné, présentait 97 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic. Les veines superficielles étaient dilatées des deux côtés. Le foie se trouvait inégal, induré et irrégulièrement bosselé. A côté de portions molles, on sentait des parties dures. Le diamètre vertical mesurait 21 centimètres au niveau de la ligne mammaire. La rate était volumineuse, 11 sur 22; il existait de la diarrhée, de l'œdème des jambes.

Le diagnostic nous parut devoir porter sur trois affections, à savoir : la cirrhose graisseuse, l'épithéliome primitif et une affection syphilitique. Toutefois, il n'existait, en fait d'antécédents, qu'un enfant mort-né. (Iodure de potassium. Régime lacté.)

Amélioration notable le 12 juin; le foie est moins volumineux et l'œdème a disparu; absence d'albumine, de sucre et de bile dans les urines. Epistaxis fréquentes.

Le 7 juillet, la malade se sentant mieux demande sa sortie. La teinte subictérique est à peine marquée. Le foie déborde au plus de deux travers de doigt le rebord costal.

Le 20 octobre, cette même malade rentre dans notre service avec un ictère très prononcé et de la fièvre produite par une lymphangite réticulée de tout le membre inférieur droit et de l'abdomen. Le point de départ de cette lymphangite est un ulcère variqueux non soigné et situé à la partie externe de la jambe. Les organes thoraciques ne sont pas lésés, le foie n'offre rien de spécial au palper, la rate est volumineuse. Les urines renferment de la bile. Les jours suivants, la lymphangite s'étend à l'autre côté, et la malade meurt le 1er novembre dans un état ataxo-adynamique.

A l'*autopsie,* les poumons sont congestionnés à leur base; le cœur n'est pas altéré. Le foie présente au niveau du hile une masse gommeuse rétractée et circonscrite par un tissu fibroïde qui comprime les organes du hile et vient donner l'explication de l'ictère. Cette masse, de la grosseur d'une pomme d'api, est accompagnée de deux autres plus petites, situées dans le voisinage. Le reste du foie présente une teinte jaune produite par l'infiltration biliaire. Cette teinte partout manifeste se voit à la face antérieure de

l'organe où la masse gommeuse du hile se traduit par une dépression située au-dessus de la vésicule biliaire.

La rate, indurée et volumineuse, pèse le double de son poids normal. Les ganglions lymphatiques pré-vertébraux sont plus que doublés de volume. Les reins, le tube digestif, les organes génitaux ne présentent pas trace d'altération.

Circonscrite par une coque épaisse de tissu fibreux, la masse gommeuse, examinée au microscope par mon interne, M. A. Pilliet, est composée d'une substance grenue homogène et opaque, disposée au sein d'une substance légèrement fibrillaire. Elle offre de place en place des corpuscules sphériques plus clairs ayant la réfringence de la graisse. Nulle part on ne parvient à colorer les éléments cellulaires ou nucléaires, plus ou moins difformes, granuleux et en voie de destruction. De la coque fibreuse partent en rayonnant des travées qui s'enfoncent dans le tissu du foie, mais elles sont très grêles et très courtes. Le reste du tissu hépatique ne présente pas de sclérose diffuse ou spécialisée, mais il existe de la dilatation des petites voies biliaires et de l'imprégnation biliaire des cellules des travées hépatiques qui sont petites, sphériques, se colorent très mal par les réactifs et présentent par places des grains de pigment biliaire dans leur protoplasma.

Tels sont les trois faits qui, en l'espace de peu de jours, viennent de se présenter à notre observation. Leur présence simultanée dans nos salles m'a conduit à vous en parler; ils doivent, en effet, servir à votre instruction et vous aider dans l'avenir à reconnaître la syphilis hépatique et à prévoir son évolution.

Le diagnostic de la syphilis hépatique offre des difficultés sérieuses, car il ne faut jamais se laisser aller à admettre l'existence d'une lésion syphilitique du foie, pour ce seul fait que le malade présente des stigmates de syphilis. L'hépatite syphilitique possède des caractères cliniques qui lui sont propres, et c'est sur eux que doit reposer avant tout le diagnostic de cette affection. Ces caractères diffèrent nécessairement suivant la phase d'évolution du processus syphilitique. Dans une première période, le foie augmente de volume, il est légèrement bosselé à sa surface, tandis qu'à une phase plus avancée il diminue de volume, devient inégal, irrégulier et se déforme, par suite de l'atrophie due à la rétraction syphilitique et de l'hypertrophie compensatrice.

L'épithéliome secondaire du foie se distingue par la dureté ligneuse de ses nodosités, l'amaigrissement rapide, l'anorexie, l'épithéliome primitif par des nodosités larges, fermes avec ascite et ictère habituels.

La cirrhose alcoolique se reconnaît à l'état lisse, légèrement granulé de la surface du foie. L'ascite est ordinaire, le météorisme commun, et l'ictère rare.

L'ictère observé dans l'un de nos faits est le troisième que je vois dans la syphilis hépatique; ce symptôme se trouvait toujours sous la dépendance de la compression des voies biliaires. Dans un cas, observé en 1877, cette compression était produite par une coque fibreuse qui enserrait tout le hile du foie; dans celui-ci, elle est l'effet d'une gomme située au voisinage du canal cholédoque et qui laissa à sa suite une rétraction cicatricielle.

La syphilis hépatique donne quelquefois lieu à des hématémèses ou encore à du melæna. Ces symptômes, déjà connus des premiers syphiligraphes, sont quelquefois l'occasion d'erreurs graves, car, chez un malade pour lequel j'ai été consulté autrefois, ils avaient conduit deux médecins distingués à diagnostiquer un cancer du tube digestif. Le malade guérit sous l'influence d'un traitement spécifique, mais une grande partie du lobe

droit du foie se trouva détruite par la résorption des masses gommeuses qui l'infiltraient.

Assez fréquemment, la syphilis hépatique reste ignorée, surtout chez l'adulte, où bien elle est une trouvaille d'autopsie. Sur dix mille autopsies environ, j'ai constaté son existence près de cent cinquante fois, ce qui fait quinze fois pour mille. Cette lésion est donc relativement fréquente, et, comme elle tue rarement, les malades succombant presque toujours à une affection intercurrente, nous devons en conclure que le pronostic n'en est pas grave; en effet, les hasards de la clinique qui viennent dans une seule semaine de nous montrer deux cas de syphilis hépatique nous permettent de constater que la mort y est étrangère à la syphilis.

Les cicatrices nombreuses que nous voyons sur le foie de notre morphiomane, les longs sillons qui brident cette glande nous prouvent que les localisations de la syphilis hépatique peuvent guérir sans le secours d'une médication, puisqu'aucun traitement n'avait été prescrit. Ce sont des faits de ce genre qui depuis longtemps nous ont conduit à dire que le traitement spécifique ne fait qu'accélérer la résorption naturelle des produits syphilitiques, et mener plus vite les malades à la guérison.

Leudet (1), de Rouen, et moi-même (2) avons déjà insisté sur la curabilité spontanée de la syphilis hépatique, et j'ai eu l'occasion de rapporter de nombreux exemples où ce mode de terminaison est indéniable. Il n'en résulte pas pour cela que le traitement spécifique ne doive être employé avec énergie contre cette affection. Aussi conseillons-nous en pareil cas l'emploi de l'iodure de potassium à dose élevée, et simultanément l'usage des frictions mercurielles. C'est ce que nous avons fait pour notre malade de la salle Piorry et vous pouvez voir qu'il est relativement bien aujourd'hui. Il restera sans doute à combattre plus tard l'état de la rate qui nous paraît, avec le rein, menacée de dégénérescence amyloïde. L'emploi des acides, des bains sulfureux trouveront alors leur indication. La médication, dans le cas de ce genre, doit être continuée pendant cinq et six mois et même plus, car il faut savoir que les gommes hépatiques en raison de leur volume et de leur multiplicité, mettent un long temps à se résoudre.

Je ne voudrais pas, en terminant, vous laisser croire que l'altération syphilitique du foie ne soit jamais une cause de mort ; c'est qu'en effet elle peut bien tuer dans quelques cas, le plus souvent en donnant lieu aux phénomènes ultimes que l'on observe dans la plupart des affections hépatiques suivies de mort.

Ces phénomènes que l'on peut désigner sous le nom d'*insuffisance hépatique* ont une physionomie à part, et pour ce motif, je me propose de vous en entretenir dans une prochaine leçon.

## REVUE DES JOURNAUX

**Sur le traitement des tuberculoses locales par les solutions d'acide fluorhydrique.** — M. le docteur Quénu a employé des solutions aqueuses à 1 et 2 p. 100, renfermées dans des récipients de gutta-percha ou de plomb.

On trempait des tampons d'ouate hydrophile dans la solution et on les laissait appli-

(1) Leudet : *Recherches cliniques sur l'étiologie, la marche et la curabilité de la syphilis hépatique.* (*Arch. Gén. de Méd. 1876.*

(2) *Traité de la syphilis.* Paris 1re édition, 1866 ; 2e édition, 1873.

qués cinq à six minutes sur les surfaces malades; les douleurs résultant de ces applications ont toujours été très supportables. Cette sorte de cautérisation a été chez une malade répétée tous les deux jours dans l'intervalle du pansement antiseptique à l'ouate phéniquée.

Cette pratique a été essayée principalement dans des cas de tuberculoses cutanées ulcérées et fongueuses depuis longtemps et n'ayant pas grande tendance à guérir sous l'influence des pansements ordinaires.

Le résultat a été en particulier brillant chez une femme de 21 ans, atteinte d'adénites tuberculeuses suppurées à la région du cou. En quelques jours la plaie, large de 5 à 6 centimètres, a changé d'aspect, et, en moins de vingt jours, la cicatrisation était complète. Il en a été de même chez un enfant de 4 ans atteint de tuberculose de la peau.

Ces résultats ont été moins bons dans la tuberculose osseuse. Dans un cas d'arthrite fongueuse du poignet, chez un garçon de 18 ans, il survint, à la suite d'une résection, une récidive rapide, avec ulcération de la cicatrice, bourgeonnement fongueux extrêmement prononcé. Les cautérisations au nitrate d'argent, la compression avec la bande en caoutchouc. l'iodoforme en poudre, l'éther iodoformé en applications et en injections interstitielles dans les fongosités, le chlorure de zinc, etc., sont essayés sans succès. L'application, durant huit jours, de solutions fluorhydriques fit disparaître complètement les fongosités; mais des trajets fistuleux persistèrent et des lotions d'acide fluorhydrique baignant les extrémités osseuses, n'amenèrent aucune amélioration.

M. Quénu conclut provisoirement de ses expériences que les solutions d'acide fluorhydrique, inefficaces contre les altérations osseuses, peuvent être utilement employées contre les tuberculoses des parties molles, et en particulier contre les productions fongueuses. Immédiatement après ces applications, les fongosités s'affaissent et se recouvrent d'une sorte de liquide brunâtre; le lendemain et les jours suivants, la surface devient rouge et de meilleur aspect.

M. Quénu a aussi essayé les applications locales d'acide fluorhydrique contre les polypes tuberculeux de l'oreille moyenne, mais les résultats ne sont pas encourageants et sont inférieurs à ceux qu'il a obtenus avec l'acide lactique. (*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888.) — Dr. Ph. L.

---

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 avril. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Opération d'Alexander. — Kystes du foie et de la rate. — Suture de l'urèthre.

M. Lucas-Championnière ne conseille l'Alexander que contre les rétrodéviations mobiles qui sont souvent indolores et alors ne réclament pas d'intervention.

Quand les malades souffrent, il y a lieu d'en rechercher la cause, que l'on trouve souvent dans les annexes malades ou dans une lésion utérine. Malheureusement on est souvent forcé de rester dans le doute.

Il ne peut conseiller les pessaires, qu'il regarde comme inutiles et dangereux. M. Lucas-Championnière donne les résultats qu'il a obtenus par ses deux cas d'hystéropexie. Une de ses opérées va beaucoup mieux; l'utérus est bien fixé à la paroi. Cependant elle a commencé de nouveau à souffrir un peu depuis sa cinquième époque, mais elle a beaucoup moins de douleurs qu'auparavant. La seconde malade va bien, mais l'opération date encore de peu de temps.

Dernièrement, enfin, M. Lucas-Championnière a enlevé les annexes à une femme qui avait en même temps une rétrodéviation qu'il n'a pas redressée; la malade a bien guéri.

M. Terrier n'a jamais fait l'Alexander parce qu'il n'a jamais trouvé son indication. Beaucoup de rétrodéviations non adhérentes n'entraînent pas d'accidents, il n'y a pas lieu alors d'intervenir. Quand elles sont douloureuses, c'est qu'alors il y a de la métrite

qu'il faut traiter. Pour cela, sans s'attarder aux scarifications, M. Terrier dilate l'utérus, ce qui le rend mou et le redresse déjà un peu, puis il fait le grattage. La suture guérie, la déviation ne reste pas réduite, mais les douleurs cessent. Il ne fait pas porter de pessaire, parce qu'il considère cet instrument comme odieux pour une jeune femme. L'Alexander ne doit pouvoir réussir que si l'utérus est sain et qu'il n'y ait pas de lésion des annexes. Quand des adhérences se sont formées, on doit les attribuer à la propagation de l'inflammation aux annexes et au péritoine; il se fait alors de la péritonite adhésive ou suppurative et tout redressement devient impossible. L'opération d'Alexander ne peut servir à rien dans ces cas, et il faut faire d'abord la laparotomie, puis ensuite, soit simplement détruire les adhérences, soit faire l'ablation des annexes, l'hystéropexie étant, si on le juge à propos, employée comme complément.

Comme il l'a dit à la Société, M. Terrier a fait trois fois cette dernière opération. Il rapporte à ce propos l'histoire intéressante de sa deuxième opérée. Cette femme, après être restée quelque temps sans souffrir, vit ses règles revenir en janvier dernier. En même temps, les douleurs reparurent, s'accrurent rapidement, et bientôt devinrent assez fortes pour arracher des cris à la malade pendant des accès qui survenaient dans la matinée. Les injections de morphine et les douches restaient inefficaces. Cependant l'utérus était bien fixé et en antéversion. Dans ces conditions, M. Terrier proposa à la patiente l'ablation de l'utérus, qui fut acceptée. Il prépara tout comme s'il devait opérer, puis, après l'administration du chloroforme, plaça simplement des pinces à pression continue sur le col et fit un pansement. Il recommanda le repos au lit. La malade vit ses douleurs cesser et retourna guérie dans son pays. Ce fait curieux prouve l'influence du moral sur les accidents auxquels donne lieu l'appareil génito-urinaire.

M. Terrillon a fait cinq fois l'opération d'Alexander dans des cas simples, sans complication appréciable. Il a obtenu une guérison complète chez trois malades dont l'utérus était mobile et comprimait le rectum en causant des douleurs vives.

Dans un cas, on trouvait derrière l'utérus un épaississement considérable; l'utérus retomba trois mois plus tard. Enfin, dans un dernier cas, la déviation s'est reproduite avec les douleurs six mois après l'opération.

En résumé, l'opération ne serait bonne que quand il n'y a pas de complication; s'il y a de la métrite, il faut la traiter sans chercher à raccourcir les ligaments ronds; enfin, les adhérences doivent faire rejeter cette intervention qui a alors fort peu de chances de succès.

M. Trélat insiste sur ce point qu'il a recommandé l'Alexander lorsqu'il s'agissait de rétroversions mobiles et qu'il l'a regardé, au contraire, comme contre-indiqué dans le cas de rétroversions adhérentes; dans ce dernier cas, l'hystéropexie est préférable.

M. Terrier regarde la rétroversion comme ayant peu d'importance et donnant lieu à peu de troubles; au contraire, les rétroflexions et les antéflexions sont très difficiles à guérir et il peut s'agir là de vices de conformation.

M. Trélat répète de nouveau que l'Alexander est à employer au début d'une rétrodéviation mobile.

— M. Segond fait un rapport sur deux observation de M. le docteur Le Prévost (du Havre). Dans le premier fait il s'agit d'un kyste hydatique de la rate chez un jeune homme de 26 ans. Une ponction avec la seringue de Pravaz permit de vérifier le diagnostic. Quelques jours après une deuxième ponction, faite avec un appareil aspirateur, ne ramena rien. Mais il se développa bientôt des symptômes inflammatoires, la température monta à 39° et la tumeur disparut. Pour l'auteur, la guérison est due à la ponction par la seringue de Pravaz, M. Segond l'attribue à la ponction exploratrice qui a donné lieu à une inflammation curative, comme pour les kystes du foie. D'autre part, baaucoup d'auteurs regardent les kystes du foie comme moins grave, quand on intervient, que ceux de la rate.

La deuxième observation se rapporte à un cas de kyste suppuré du foie chez une femme de 46 ans. M. Le Prévost, après l'ouverture du ventre, essaya de fixer la tumeur à la paroi, mais échoua. Il fit alors une ponction aspiratrice, sutura la paroi abdominale,

puis ouvrit largement et traita par les lavages. La guérison se fit avec une petite fistule. Cette fistule doit être regardée comme une complication dont l'évolution ultérieure peut être nuisible. Le traitement des kystes hydatiques du foie n'a pas changé depuis ces derniers temps.

Quand le kyste n'est pas suppuré, on peut tenter d'appliquer la méthode préconisée par M. Debove, tout en sachant bien que l'on échouera probablement si le kyste est rempli d'hydatides. Il ne faut pas, du reste, s'en tenir trop longtemps aux procédés purement médicaux, injection de sublimé, de naphtol, etc. Quand le kyste est suppuré, on peut l'ouvrir, soit en un temps, soit en deux. M. Segond préfère l'ouverture en un seul temps, bien que la méthode de Volkmann ait été défendue récemment par Heydenreich.

M. Terrillon regarde la ponction comme inoffensive dans bien des cas. Il a, dans trois cas, obtenu la guérison après évacution complète de la poche. Dans un quatrième cas où le liquide s'est reproduit, il a, après une nouvelle ponction, injecté 100 grammes de liqueur de Van Swieten qu'il a laissée cinq minutes dans le kyste. Le succès a été complet.

M. Terrillon, dans une autre occasion, a injecté dans un kyste volumineux une solution renfermant 0,50 de sublimé, et l'a évacuée après quelques minutes. Mais, par suite de l'abandon dans la poche d'une très minime quantité de la solution, le kyste s'est mortifié et l'ouverture est devenue nécessaire; elle a permis d'évacuer trois ou quatre cents hydatides. Il conseille donc l'incision en un temps toutes les fois que l'on a sujet de soupçonner l'existence de vésicules multiples.

M. Terrier fait remarquer que, bien souvent, il est impossible de savoir si un kyste renferme ou non des poches. Le traitement médical sera donc utile ou inutile selon les cas. D'autre part, les ponctions sont très difficiles quand on veut les faires aseptiques, et, si elles ne le sont pas, elles entraînent la suppuration du kyste. Si la stérilisation des instruments est bien faite, on peut employer la ponction pour tous les kystes non suppurés, soit du foie, soit de la rate.

M. Lucas-Championnière reconnaît ainsi qu'il est très difficile d'être fixé sur le nombre approximatif des hydatides que contient la poche. Pour lui on ne peut prévoir les suites opératoires des ponctions. D'autre part, il regarde l'opération de Volkmann comme bonne quand on saisit bien ses indications. C'est ainsi qu'il s'en est servi dans un cas où, le ventre étant ouvert, il ne voyait que le foie parce que le kyste était intra-hépatique. Il conseille, pour avoir rapidement des adhérences, d'employer le chlorure de zinc et de ne pas trop mettre d'iodoforme.

— M. Kirmisson fait une communication sur la suture de l'urèthre et du périnée après l'uréthrotomie externe. Il rapporte trois observations dans lesquelles il a pratiqué la suture primitive et la suture secondaire de l'urèthre et du périnée. Dans le premier cas, où il s'agissait d'un rétrécissement de la région bulbaire avec calculs du bout postérieur de l'urèthre et après incision, le chirurgien fit la suture primitive. Dans les deux autres faits, il recourut à la suture secondaire pour des fistules périnéales, et eut un succès et un échec. Le dernier pourrait être attribué au mauvais état du sujet qui avait de l'urine purulente.

---

## VARIÉTÉS

### Stérilisateur a la paraffine du docteur Debacker.

Voici comment notre distingué confrère de Roubaix décrit son stérilisateur dans la *Revue spéciale de l'antisepsie* du 25 mars :

« Dans une boite en forme de valise est placé l'appareil. Les divers modèles peuvent varier de volume et de poids : dans le n° 2, on peut introduire les instruments les plus volumineux qui soient employés en chirurgie.

« Ce stérilisateur portatif permet de stériliser, séance tenante, et pour ainsi dire, au lit du malade, les instruments et objets de pansement, en un mot de faire l'asepsie de l'antisepsie.

« L'appareil se compose essentiellement d'une marmite pouvant être hermétiquement fermée; dans l'espace intérieur et libre est placé la boîte dans laquelle on renferme les objets qu'on veut stériliser.

« Dans la marmite se trouve la paraffine, corps solide au-dessous de 43° centig. et ne se volatilisant qu'à 300° (1). Cette substance n'exige aucune surveillance avant que le thermomètre n'atteigne 260°; mais si l'on veut monter au-delà (ce qui est toujours inutile), il faut prévoir, en ouvrant un bouchon, que l'ébullition arrive à 300°.

« Voici comment l'on doit procéder pour obtenir une stérilisation complète des instruments :

« 1° Les passer dans l'eau chaude pour enlever toute trace de pus ou de sang : ceci est de la propreté pure et simple.

« 2° Bien les essuyer et, pour qu'ils ne contiennent pas de vapeur d'eau, on évitera de pousser à fond la boîte à stériliser : de cette façon, s'ils sont humides, la vapeur d'eau s'échappera vers 100° marqués au thermomètre.

« 3° N'allumer d'abord qu'une lampe : après quelques instants l'une allumera l'autre.

« 4° Quand le thermomètre marquera 200° ou 250° environ, on peut éteindre les lampes et laisser les instruments de cinq à huit minutes à cette température.

« 5° Peut-on ou doit-on fermer hermétiquement la marmite à la paraffine? — Oui, si l'on veut aller vite, et suivre attentivement son thermomètre, pour souffler les lampes, avant d'atteindre 300°. — Non, si l'on veut y mettre plus de temps et ne pas se soucier du phénomène d'ébullition qui peut se produire à 300°. — Nous laissons généralement la paraffine à l'air libre.

« 6° Y a-t-il à craindre un accident quelconque avec cet appareil? — Aucun n'est possible, si l'on ne bouche pas la marmite à la paraffine. Il ne peut s'en produire qu'au delà de 290°, dans le cas où l'on boucherait hermétiquement cette marmite.

« 7° Combien de temps faut-il généralement laisser les instruments pour obtenir une stérilisation complète ? — Cela dépend du degré de température qu'on atteint. Si l'on atteint 200°, il suffit de 5 à 6 minutes.

« 8° Quel est le moyen le plus pratique d'employer l'appareil ? — Il y a deux manières d'employer l'appareil, suivant que la boîte à stériliser est en fil métallique, ou qu'elle est en nickel.

« Si l'on porte l'appareil au domicile du malade, il vaut mieux se servir de la boîte en fil métallique, et alors, voici comment on procède : *a*) on allume une lampe; *b*) on roule ses instruments dans un peu d'ouate hydrophile sèche ; *c*) on les place dans la boîte; *d*) on met la boîte moitié dans l'appareil; *e*) quand on voit que le thermomètre marque au-delà de 105°, on pousse la boîte au fond de l'appareil (toute la vapeur d'eau a eu le temps de partir); *f*) on laisse le thermomètre atteindre 200° ou 250° si l'on veut; *g*) on souffle les lampes; *h*) on dégage les instruments de la ouate à mesure des besoins.

« Si l'on préfère stériliser les instruments chez soi, il est mieux de se servir de la *boîte de nickel*, que l'on portera, sans l'appareil, chez le malade; voici dès lors comment on opère :

« *a*) La couche d'ouate enveloppant les instruments sera plus épaisse; *elle ne sera pas hydrophile* pour être moins accessible aux microbes de l'air; *b*) on procède comme plus haut; *c*) on atteindra 220° dans l'intérieur de la boîte; *d*) on maintiendra cette température pendant dix minutes au moins; *e*) la boîte retirée de l'appareil ne sera ouverte que devant le lit du malade et les instruments retirés de la ouate au fur et à mesure qu'on doit s'en servir.

« Somme toute, rien de plus simple que le mécanisme de cet appareil : une seule chose est à surveiller, celle de ne pas dépasser 300° de température, et cela n'est même pas

(1) Plusieurs médecins, sur mon conseil, ont préféré remplacer la paraffine par le sable; c'est facile, mais l'opération est beaucoup plus longue. Quand on se sert de la paraffine, elle ne dure guère que dix minutes à un quart d'heure.

nécessaire, si l'on veut ouvrir l'une des ouvertures de la marmite à la paraffine pour permettre à celle-ci de s'évaporer.

« Nous ne croyons pas qu'aucun des appareils présentés jusqu'ici offrent les mêmes avantages. Les étuves à vapeur sous pression forcent le médecin à être chauffeur et mécanicien à la fois et la petite machine à vapeur exige autant de surveillance qu'une grande. Les étuves à air sec de tout modèle sont incommodes, exigent beaucoup d'entretien, des installations de gaz et des lampes de Bunsen etc. Enfin, tous les stérilisateurs connus coûtent fort cher : le nôtre est d'un prix très abordable et relativement restreint : c'est une question qui n'est pas à dédaigner.

« Notre stérilisateur peut être aussi bien employé dans les laboratoires que dans les cliniques ; le plus modeste infirmier ou une garde-malade peut le faire fonctionner.

« Nous n'avons pas besoin de rééditer ici les raisons qui nous font préférer la chaleur sèche à la chaleur humide ; nous l'avons dit au Congrès de chirurgie, il y un an. C'est parce que la chaleur humide a l'inconvénient d'enlever leurs principes antiseptiques aux objets de pansements qui y sont soumis ; la chaleur sèche n'a pas ce désavantage. »

## FORMULAIRE

POMMADE INODORE A L'IODOFORME. — Oppler.

| | |
|---|---|
| Iodoforme | 2 gr. 50 centigr. |
| Café torréfié | 1 gr. 25 — |
| Lanoline | 20 grammes. |
| Axonge | 2 gr. 50 centigr. |

Mêlez. — A employer chez les malades qui supportent difficilement l'odeur de l'iodoforme. — N. G.

## COURRIER

Par décret, en date du 30 mars 1889, le programme pour l'emploi de professeur de médecine opératoire et de physiologie près les Écoles de médecine navale est arrêté de la manière suivante :

Premier examen verbal (*Physiologie*).

Deuxième examen (verbal et pratique). Préparation d'une région ; préparation d'une pièce d'histologie normale ; démonstration au point de vue de la physiologie.

Troisième examen (verbal). Méthodes et procédés opératoires ; historique ; examen critique.

Quatrième examen (verbal et pratique). Pratique d'une opération chirurgicale ; exposé préalable du procédé.

Cinquième examen, clinique externe (deux malades) ; les sujets seront désignés par le jury.

Les candidatures devront traiter successivement la même question dans la même journée.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 avril 1889, MM. les docteurs Neumann et Rochard ont été nommés membres des comités d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire.

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE. — Sont déclarés admissibles, par ordre alphabétique :

Paris : MM. Barette, Broca, Nélaton, Picqué, Ricard et Tuffier. — Bordeaux : MM. Courtin, Genevez-Montaz et Villar. — Lille : MM. Coppens, Février et Phocas. — Lyon : MM. Gangolphe, Pollosson et Rochet. — Montpellier : M. Estor.

— Le concours d'agrégation (chirurgie et accouchements) sera suspendu du 14 au 28 avril, à l'occasion des vacances de Pâques.

Hôpitaux de Paris. — L'ouverture du concours pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central d'admission, qui devait avoir lieu le lundi 6 mai 1889, est reportée au mardi 7 mai, à midi, à l'amphithéâtre de l'Administration centrale.

— Le lundi 13 mai 1889, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique à Paris, avenue Victoria, n. 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices.

MM. les internes sont prévenus qu'en exécution des dispositions du règlement sur le service de santé, tous les internes en pharmacie des hôpitaux et hospices sont tenus de prendre part à ce concours.

Ils devront, en conséquence, se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures, du lundi 15 avril au lundi 29 du même mois inclusivement.

Banquet de la presse scientifique. — Les membres de la presse scientifique, ont fêté l'autre soir, dans un banquet, l'élection de M. Berthelot en qualité de secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

M. Ferdinand Delaunay a salué en quelques mots le nouveau secrétaire perpétuel, l'auteur des magnifiques travaux sur la synthèse, la thermo-chimie, les matières explosives et l'histoire des alchimistes de l'antiquité.

M. Berthelot, après quelques mots de remerciements, a rappelé aux membres de la presse scientifique qu'il était leur confrère par sa collaboration aux *Comptes rendus*, fondés il y a un demi-siècle par Arago, « qui avait compris le rôle et la puissance de la publicité dans le monde moderne », aux *Annales de physiques et de chimie*, à la *Revue rose*, à la *Revue des Deux Mondes*, à la *Nouvelle Revue*, au *Temps*, etc.

« Je me fais gloire, a dit M. Berthelot, de participer à votre œuvre. Arago, Foucault, Faye ne me désavoueraient pas; Diderot, Voltaire, Victor Hugo, Renan, seraient de mon avis. Vous êtes les vulgarisateurs des grandes idées, les propagateurs des découvertes. Quant à nous, qui sommes arrivés à ce terme final d'honneur et d'autorité que tout savant ambitionne, notre premier devoir, c'est de tâcher d'épargner aux jeunes les difficultés dont nous avons souffert. »

Nécrologie. — M. Nativelle (Claude-Adolphe), pharmacien, très connu par de remarquables travaux sur les principes actifs des végétaux et surtout par la découverte de la digitaline cristallisée, vient de mourir à l'âge de 77 ans, à Bourg-la-Reine, où il s'était retiré depuis longtemps; le docteur Gaillard (Aémdée), de Bessèges (Gard; M. Gascard, officier de santé à Pipriac (Ille-et-Vilaine); le docteur Bodereau (du Mans); le docteur Pique, de Galan (Hautes-Pyrénées); le docteur Chaffard, d'Auriol (Bouches-du-Rhône); Dutrieux-Bey (de Paris).

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs G. André (de Marseille); Bergès (de l'Isle-en-Jourdain); Emery (de Saint-Mathurin); Muzeau (de Saint-Bonnet-en-Bresse); Rébufat (de Toulon).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## Les pleurésies métapneumoniques.

### De quelques complications nerveuses de la pneumonie.

Un certain nombre des complications qui peuvent apparaître dans le cours ou à la suite de la pneumonie commencent à être bien connues à la fois dans leur symptomatologie et dans leur pathogénie. Celles qui se produisent dans la plèvre, celles qui frappent le système nerveux ont été, dans ces derniers temps, l'objet de nombreux travaux qui, comme nous allons le voir, ont mis en pleine évidence le rôle important des microbes dans leur développement.

I

Les pleurésies sont très fréquentes dans le cours de la pneumonie, mais offrent une importance très variable. Tantôt, en effet, il s'agit de quelques fausses membranes qui se déposent à la surface du poumon et n'ont qu'une valeur purement anatomique, tantôt l'épanchement pleural et la pneumonie évoluent parallèlement, pleuro-pneumonies des auteurs, tantôt enfin un épanchement ou séreux, ou plus souvent purulent se développe parfois à la fin, souvent après, la défervescence de la pneumonie et domine alors la scène morbide. Cette dernière variété est la pneumo-pleurésie de Woillez, la pleurésie métapneumonique de Gerhardt, et vient de faire l'objet des travaux lus à la Société médicale des hôpitaux par MM. Troisier et Netter.

Il y a encore une variété de pleurésie accompagnant la pneumonie sur laquelle M. Dreyfus-Brisac (1) a attiré l'attention. Elle est caractérisée par l'apparition dans la plèvre, au début de la maladie, d'un exsudat purulent très peu abondant dont on peut reconnaître la nature par la ponction exploratrice; elle disparaît en deux ou trois jours et se voit aussi bien dans les formes bénignes que dans les graves.

La pleurésie métapneumonique est de nature très diverse. M. Troisier a surtout insisté sur les formes séro-fibrineuses qu'il a pu reconnaître par leur évolution et à l'aide des ponctions exploratrices. Dans son observation I, que l'on peut prendre comme type, « une jeune femme est atteinte en pleine santé d'une pneumonie franche du lobe inférieur droit; la défervescence se fait au commencement du huitième jour; en même temps, le souffle tubaire disparaît et l'on entend pour la première fois du frottement. La fièvre se rallume et, en deux jours, il se produit, en regard du lobe hépatisé, un épanchement peu abondant qui reste limité à la moitié infé-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1889, 12.

rieure du côté droit. La résorption commence à se faire sept ou huit jours après le début de la pleurésie et elle est complète vers le quinzième jour. »

Ces pleurésies sont-elles dues à la propagation du processus phlegmasique par les voies lymphatiques? S'agit-il, au contraire, de pleurésies à pneumocoques comme quand l'épanchement est purulent? Le fait est peu probable, et dans un des cas de M. Troisier l'épanchement ne contenait pas de pneumocoques, et l'inoculation à une souris est restée négative.

Une deuxième variété de pleurésie métapneumonique peut être rattachée à un œdème critique de la plèvre (Gubler, Rendu, Dreyfus-Brisac). Ces épanchements se produisent au moment de la crise, sont très peu abondants, d'aspect plus ou moins opaque selon le nombre variable de leucocytes qu'ils renferment, et disparaissent rapidement.

M. Netter et les Allemands, après Woillez, du reste, ont surtout insisté sur l'empyème métapneumonique qui est, en fait, la plus importante des formes de pleurésies qui suivent la pneumonie. Il apparaît, soit dans le cours de la maladie, soit après la défervescence, quand la fièvre a cessé depuis quelque temps. Souvent la chute de la température de la pneumonie, au lieu de se faire brusquement, se fait par lysis, ce qui doit (Wagner) faire songer à l'apparition de la pleurésie. Notons encore, en suivant pas à pas le mémoire de M. Netter, que la pleurésie purulente procède par série et que le plus souvent elle indique une intensité plus grande de l'infection pneumonique. Cependant elle peut aussi se montrer après des pneumonies bénignes et même méconnues (Wilks). Ce sont les adultes qui sont le plus frappés. Le pus, dans la majorité des cas, est épais, verdâtre, crémeux, contient moins de sérum que dans les autres épanchements pleurétiques purulents; des fausses membranes jaunâtres fibrino-purulentes existent sur les deux feuillets de la plèvre et elles cloisonnent fréquemment l'épanchement, qui est ainsi souvent enkysté. Elles paraissent pouvoir se résorber et par conséquent n'indiquent pas la nécessité de la pleurotomie. La chronicité est rare et les lésions du poumon minimes, de telle sorte qu'il se déplisse facilement. Enfin, il peut y avoir coïncidence de péricardite, de méningite comme dans les pneumonies graves. La pleurésie peut être double même quand la pneumonie a été unilatérale (Netter, *Mémoire sur la méningite*).

La pleurésie purulente à pneumocoques apparaît soit en même temps que la pneumonie, ce qui est le cas le plus rare, soit après la défervescence, lorsqu'il y a déjà eu un, cinq, dix jours d'apyrexie et même davantage. La fièvre est quelquefois presque continue et élevée, tandis que, dans d'autres faits, elle ne dépasse pas 39°, et même peut manquer presque complètement; les grands frissons sont rares.

La marche est lente, insidieuse, de telle sorte que la pleurésie, surtout enkystée, est souvent méconnue et l'on sait que cet enkystement est fréquent.

La résorption spontanée est possible, mais plus fréquemment il y a évacuation de pus sous forme de vomique qui n'est que dans le tiers ou le quart des cas suivie de pneumothorax. La fréquence de la vomique n'est pas inférieure à 26,2 p. 100. D'autres fois, le pus se fait jour entre les espaces intercostaux et il y a empyème de nécessité. La mort peut survenir par la pneumonie ou ses autres complications, la tuberculose, la gangrène pulmonaire, une affection intercurrente.

Mazzotti (de Bologne) (1) a tracé de l'empyème pneumonique un tableau identique à celui de M. Netter. S'appuyant sur 3 cas (sur 302 de pneumonie), il a établi le parallèle suivant :

| 1° *Pleurésie purulente habituelle.* | 2° *Pleurésie purulente après pneumonie.* |
|---|---|
| *a*) Fièvre très élevée en général avec des frissons. | *a*) Température pas très élevée; pas de frissons. |
| *b*) Etat général très grave. | *b*) Etat général relativement bon. |
| *c*) Céphalalgie, faiblesse, inappétence. | *c*) Pas de symptômes pénibles; conservation des forces et de l'appétit. |
| *d*) Point de côté intense et dyspnée. | *d*) Ni point de côté, ni dyspnée. |
| *e*) Œdème de la peau du côté affecté. | *e*) Pas d'œdème. |
| *f*) Pus liquide, grisâtre, fétide? | *f*) Pus épais, verdâtre, inodore. |

Ce tableau est peut-être un peu schématique, car, par exemple, M. Netter a relevé dans trois cas l'œdème de la paroi thoracique et, d'autre part, on peut voir des symptômes graves; il répond cependant à la majorité des cas.

Penzold (d'Erlangen) (2) recommande de se défier de la pleurésie métapneumonique surtout chez les enfants et de faire une ponction exploratrice de très bonne heure, car souvent, chez eux, l'on fait un diagnostic faux et l'on croit, par exemple, à une pneumonie catarrhale chronique.

L'empyème métapneumonique contient des pneumocoques qui sont facilement pyogènes dans les séreuses. Le fait a été constaté par un certain nombre d'auteurs. De plus, il existe une pleurésie purulente d'emblée sans pneumonie qui est causée par le même micro-organisme dont la localisation primitive dans la plèvre est comparable à celle qui se produit dans le péricarde ou les méninges. Ces pleurésies se compliquent parfois de la présence de streptocoques ou de staphylocoques, et sont alors beaucoup plus graves. Elles se rencontrent très souvent chez les enfants, et M. Netter admet même, d'après ses recherches, que les deux tiers des pleurésies purulentes infantiles sont à pneumocoques. Il reconnaît du reste, avec M. Rendu, que, dans la majorité des faits, elles ont dû être précédées d'un processus pneumonique peu considérable, resté inaperçu.

M. Netter, se basant sur ce fait que le pneumocoque a une bénignité relative parce qu'il meurt rapidement, en appelle du sombre pronostic posé par Woillez et croit que la maladie est généralement peu grave quand il n'y a pas d'autres séreuses atteintes ou que d'autres microbes ne sont pas venus ajouter leur action pathogène, c'est-à-dire quand il n'y a pas d'infections mixtes. De là il conclut que, « quand l'examen bactériologique aura démontré que l'on est en présence d'une pleurésie consécutive à la pneumonie dont l'exsudat renferme exclusivement des pneumocoques, il y aura de grandes chances d'obtenir la guérison par les simples ponctions ».

Cette proposition est peut-être un peu trop absolue. En premier lieu, la pleurésie métapneumonique peut se compliquer de généralisations après son développement; c'est ainsi que, dans un des cas de Mazzotti, il y eut de l'arthrite du coude droit et de la néphrite; que, dans un de ceux de Frænkel, il se produisit au moment de l'irruption de l'empyème une otite moyenne double probablement par reflux dans les trompes de quelques gouttes du liquide expectoré. D'autre part, nous croyons, avec nos maîtres

(1) *Memoire delle reale Academ. delle scienzie dell' de Bologna*, 1888.
(2) *Munchener medicinische Wochenschrift*, 3 avril 1888.

MM. Dreyfus-Brisac (1) et Comby (2), qu'il faut faire de grandes distinctions suivant les cas. Quand la pleurésie est circonscrite, enkystée, on peut certainement temporiser; quand elle est séro-fibrineuse et qu'on s'en est rendu compte par la ponction aseptique exploratrice, on peut encore attendre, si le malade ne souffre pas et que la pleurésie, si elle est à gauche, ne remplisse pas trop la poitrine; mais il ne faut pas hésiter à évacuer le contenu de la plèvre si le cœur est refoulé, si la dyspnée est marquée. Enfin, si la plèvre est tout entière remplie de pus, la pleurotomie « est inévitable et doit être précoce et antiseptique » (Rendu, Comby), car alors la vomique devient exceptionnelle. Ils ne sont pas rares les cas où la ponction aspiratrice n'a pas empêché le malade de mourir, et on doit d'autant plus se résoudre rapidement à l'ouverture de la poitrine que, d'après les statistiques recueillies par M. Netter lui-même, la pleurotomie est très bénigne dans l'empyème métapneumonique. Il a, en effet, réuni 160 cas où l'on fit l'opération de l'empyème; dans 43 cas, il y avait eu pneumonie et il n'y eut qu'une mort; dans 117 cas où la pleurésie purulente dépendait d'autres causes, 29 malades succombèrent.

Lorsqu'il s'agit de pratique médicale, de malades à soigner et non d'expériences à faire, on ne saurait trop répéter avec M. Comby que « la bactériologie ne doit pas parler seule et qu'avant tout la clinique doit inspirer la conduite du médecin. »

## II

Les paralysies sont assez fréqentes dans le cours ou après la pneumonie. Elles revêtent des formes cliniques assez dissemblables où domine cependant un caractère, l'absence de localisation bien nette.

Corre (3), dans un mémoire récent, a réuni les cas de paraplégie pour lesquels il existait des observations suffisamment détaillées et en a relevé sept dont un personnel. Il fait remarquer fort justement que en comparant entre elles ces observations on est frappé des différences qu'elles présentent. Si la paralysie domine aux membres inférieurs, les muscles de la poitrine, des épaules, sont souvent atteints ; la contractilité électrique, quand on l'a recherchée, a été trouvée diminuée ou augmentée; les douleurs ont beaucoup varié d'intensité et de siège, la sensibilité disparaissant du reste souvent; enfin l'ordre de succession des symptômes a été des plus variables.

L'hémiplégie pneumonique a donné lieu à un certain nombre de travaux dont les plus connus sont ceux de Lépine ou de Charcot. D'après les recherches de Corre, elle avait déjà été décrite par Dehaën, Raïken, Bocquillon; récemment Netter, Straus, Lauth (4), en ont aussi publié des exemples. Cette hémiplégie se voit surtout chez les vieillards et simule le ramollissement cérébral et l'hémorrhagie. Il peut même y avoir ictus apoplectique. L'hémiplégie motrice s'accompagne de dilatation vasculaire et d'élévation de température, et il y a quelquefois déviation de la tête et des yeux (Prévost). L'aphasie est assez fréquente. La mort est habituelle, mais le malade peut cependant guérir.

Dans d'autre cas, il se développe à la suite de la pneumonie des com-

(1) *Gazette hebdomadaire. (Loc. cit.)*
(2) *Progrès médical*, 1889, 4.
(3) *Gazette hebdom.*, 1887, 4, 6, 29, 30.
(4) *Arch. de méd.*, 1886, 2, 84.

plexus symptomatiques rappelant l'ataxie ou la sclérose en plaques. Marie (1), dans son travail sur la sclérose en plaques et les maladies infectieuses, a réuni trois cas de Westphal, Freidriech et Richard.

Enfin, sans parler de la manie consécutive à la pneumonie, on peut encore observer des complications nerveuses diverses, telles que des paralysies localisées : paralysies isolées du bras (Chauffard, Macario), paralysies de la langue qui peuvent précéder l'hémiplégie, troubles oculaires divers coïncidant avec d'autres symptômes de méningite. M. Corre (2) a rapporté une observation unique dans la science de troubles oculaires ayant débuté au troisième jour d'une pneumonie et ayant suivi une marche progressive pour aboutir à la cécité absolue sans qu'il y ait jamais eu d'autres symptômes cérébraux.

Quelle est la pathogénie de ces diverses complications nerveuses? La méningite joue un grand rôle dans leur développement et a été l'objet, dans ces derniers temps, de travaux importants, en tête desquels il faut placer le mémoire de M. Netter (3) que nous allons analyser et qui est basé sur 160 observations. La fréquence varie beaucoup selon les épidémies et la méningite semble se produire par séries; elle frappe de préférence les hommes, elle est surtout fréquente de 40 à 50 ans, dans la première enfance et dans la vieillesse avancée. La courbe de fréquence de la méningite coïncide à peu près avec celle de l'endocardite; enfin la survie dépasse rarement quatre semaines.

Les lésions prédominent à la convexité qui peut être seule atteinte; elles sont du reste décrites depuis longtemps et sont surtout constituées par un exsudat jaune verdâtre plus épais le long des vaisseaux et faisant corps avec la pie-mère. M. Netter regarde la participation des méninges rachidiennes comme devant être fréquente. La méningite rachidienne frappe surtout les renflements lombaire et cervical et prédomine à la partie postérteure ou y est localisée.

L'exsudation peut être réduite à de minces traînées le long des vaisseaux et exiger le microscope pour être reconnue. D'autre part, elle peut manquer à la surface et n'occuper que les ventricules. Dans des faits rares elle est exclusivement lombaire.

En même temps que la méningite, on constate l'endocardite pneumonique dans le tiers des cas, et elle existe deux fois sur trois endocardites.

La méningite pneumonique peut être latente dans à peu près la moitié des cas; quand il y a des symptômes qui en relèvent, leur physionomie est très variable. Dans des cas simples, les phénomènes d'excitation dominent la scène : douleur et raideur de la nuque, délire violent, myosis, mouvements convulsifs, puis somnolence et mort. Quand l'exsudat s'étend à la base, il y a du strabisme en divers sens, de la chute de la paupière, du nystagmus, des phénomènes pupillaires, et, du côté du nerf optique, des modifications diverses du pouls et de la respiration.

Une autre forme peut être dite apoplectique et se caractérise par l'ictus et souvent l'hémiplégie. Enfin quand les méninges spinales sont prises, on note souvent l'opisthotonos.

Le moment de l'apparition de la méningite est variable. Elle survient en

(1) *Progrès médical*, 1884, 15, etc.
(2) *Loco citato*, p. 475.
(3) *Arch. gén. de méd.*, 1887.

pleine fièvre pneumonique, après la défervescence, avant la localisation pulmonaire, ce dernier type étant le plus rare. La durée est courte, et le plus grand nombre des cas ne dépasse pas le premier ou le deuxième jour.

On a observé la guérison et le passage à l'état chronique. Dans ce dernier cas, il existe pendant quelque temps des désordres qui rappellent ceux de la sclérose en plaques.

Telle que nous venons de la décrire, la méningite pneumonique est de diverse nature. Tantôt elle tire son origine de la présence du *streptococcus pyogenes*, c'est-à-dire qu'elle relève de la pyémie; dans ce cas, il y a suppuration du poumon, l'exsudat est d'un jaune ambré liquide, et les cultures permettent de caracteriser complètement le micro-organisme.

Du reste la suppuration du poumon n'entraîne pas toujours la méningite pyohémique, et elle peut exister avec la forme habituelle dans laquelle la complication est l'effet de l'activité du microbe même de la pneumonie, du pneumocoque. Le micro-organisme encapsulé a été isolé de l'exsudat méningitique, cultivé et inoculé. Fox, Uffrédozzi, Netter ont injecté le microbe sous les méninges et produit la méningite cérébrale et cérébro-spinale.

Comment se fait l'inflammation méningée? Le microbe a été rencontré dans le sang, il existe donc dans les vaisseaux de l'encéphale; mais pour que ce dernier soit atteint, il faut le mettre en état d'opportunité morbide (exper. IV de Netter). Ainsi, dans la méningite pneumonique humaine, relève-t-on fréquemment des antécédents pathologiques cérébraux, lésions anciennes de l'encéphale, hémorrhagies, ramollissement, tumeur ou bien alcoolisme, circulation plus intense et mauvaise protection chez l'enfant.

La méningite peut encore se produire par infection locale. Chez le pneumonique la présence du microcoque a été signalée dans l'arrière-gorge, dans les cryptes amygdaliennes surtout (Cornil), dans la partie supérieure des fosses nasales, dans les sinus sphénoïdaux, dans la caisse du tympan, le labyrinthe.

De même qu'il existe une endocardite, une pleurésie à pneumocoques sans pneumonie, il existe une méningite à pneumocoques sans lésions pulmonaires. Elle succède souvent à des otites aiguës et peut se produire dans des états divers de débilitation, parce que « le pneumocoque est un organisme sans cesse aux aguets autour de nous et prêt à nous atteindre à la moindre occasion que nous lui offrons, et que le micro organisme de la pneumonie existe dans la bouche humaine, en dehors de la pneumonie, et sans doute aussi dans les fosses nasales. » Le pneumocoque peut être l'origine de quelques-unes des méningites secondaires qui se développent dans le cours de certaines maladies, telles que la fièvre typhoïde, par exemple.

Enfin, tandis qu'en Allemagne on a admis que dans la méningite de la pneumonie il y avait addition d'une autre maladie, la méningite cérébro-spinale épidémique, il est probable que cette dernière affection n'est qu'une méningite à pneumocoques, dans un certain nombre de cas au moins. Ces hypothèses de M. Netter tendent à être acceptées en Allemagne même; ainsi Rumberg (1) a récemment publié un travail à propos de l'épidémie de méningite cérébro-spinale qui a régné à Helsingfors en 1885-86-87. Il y a souvent eu coexistence de pneumonie, d'otite, d'angine, et l'auteur reconnaît le bien fondé des idées de M. Netter. Weichselbaum (2) a constaté,

(1) *Berl. Klin. Woschenschrift*, 1888, 46 et 47.

(2) *Wiener Klin. Wochenschrift*, 1888, 28, 29, 30, 31 et 32. — *Fortschritte du médecin*, 1887, 18 et 19.

dans six cas de méningites dont un seul avec pneumonie, la présence du pneumocoque qu'il a cultivé et inoculé aux animaux chez lesquels il a présenté des réactions caractéristiques; il a trouvé du pus avec micro-organismes caractéristiques dans l'oreille interne, la trompe d'Eustache, les cornets. Dans d'autres cas, le même auteur a trouvé un bacille tout à faidifférent, mais cela ne fait que confirmer le travail de M. Netter qui est loin de rattacher toutes les méningites cérébro-spinales au pneumocoque. Des constatations analogues ont été faites par Meyer (1), par Foa et par d'autres, mais nous croyons inutile d'insister.

Toutes les méningites de la pneumonie ne sont pas à pneumocoques, nous l'avons déjà dit; on rencontre dans l'exsudat. qui est alors du pus épais, crémeux, le streptococcus pyogenes. Cette forme est constamment mortelle et marche avec une grande rapidité au milieu de phénomènes obscurs.

Tous les symptômes nerveux de la pneumonie ne relèvent pas de la méningite. M. Marie a attribué certains phénomènes rappelant la sclérose en plaques au développement de cette maladie. M. Netter n'est pas de cet avis, et pour lui il s'agit, dans ce cas, d'une méningite pneumonique restée latente.

La myélite vraie est fort rare; elle peut exister cependant si l'on s'en rapporte à une observation de Bettelheim (2) dans laquelle les symptômes myélitiques les plus évidents ne précédèrent la pneumonie que de quelques jours.

Il y a des faits où les symptômes nerveux relevèrent de l'hémorrhagie ou du ramollissement cérébral, mais il en est aussi, et ceux de Lépine, de Corre, de Stéphan, sont les plus caractéristiques où l'on n'a trouvé aucune lésion matérielle appréciable à nos moyens actuels d'investigation.

Que faut il admettre dans ces cas? Lépine, s'appuyant sur quelques expériences, à dire vrai peu démonstratives, avait pensé à une paralysie réflexe de la motilité. Corre, Stephan (3), qui ont réuni de nouveaux faits, penchent vers cette explication. C'est ainsi que, pour Stephan, les hémiplégies pneumoniques sans aucune lésion appréciable à l'œil nu ni au microscope doivent être considérées comme résultantes de l'infection pneumonique; l'athérome, l'état fébrile, l'abstinence, etc., favorisent ces paralysies..; il y aurait des troubles dyscrasiques, dynamiques, fonctionnels, déterminés par l'infection soit directement, soit par l'intermédiaire des vaisseaux cérébro-spinaux. Il est probable, et c'est l'interprétation acceptée par M. Barth (4), que, dans les cas de ce genre, « il a existé des troubles circulatoires trop peu accentués ou trop peu prolongés pour déterminer une lésion destructive, mais suffisants pour troubler ou abolir les fonctions d'une partie de l'encéphale ».

Restent les paralysies localisées, celles du bras, par exemple. Corre rapporte bien l'opinion de Galien, qui les rattache à la propagation de l'inflammation pulmonaire aux nerfs du bras par l'intermédiaire des intercostaux. Mais cette explication nous semble fort hypothétique, pour ne pas dire plus, et nous préférons avouer nettement notre ignorance sur ce point.

Paul Chéron.

(1) *Deutsch. Arch. f. Kl. Med.*, XLI, p. 433.
(2) *Wiener Med. Blætter*, 1888, 3.
(3) *Revue de médecine*, 1889, 1.
(4) *Dict. encyclop.*, art. Pneumonie.

# REVUE DES JOURNAUX

**Traitement de la pleurésie purulente latente,** par H. Desplats (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1887, 10). — 1° On ne doit recourir à la pleurotomie que lorsque le foyer purulent est septique, et à l'opération d'Estlander que lorsque, le foyer étant septique, le poumon a perdu son expansibililité.

2° Dans tous les autres cas, surtout lorsque l'épanchement est abondant et le sujet apyrétique, il faut recourir aux ponctions évacuatrices.

3° Les ponctions doivent être renouvelées aussi souvent qu'il sera nécessaire, et on ne doit jamais attendre que la collection ait acquis l'importance qu'elle avait à la précédente ponction.

Les malades se trouvent bien, en général, de mener la vie commune dans l'intervalle des ponctions; ils mangent mieux et respirent mieux, conditions très favorables pour la guérison. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Semmola (de Naples), qui se porte candidat au titre de correspondant étranger ;

2° Un mémoire sur la mixture astringente et escharrotique de Villatte au point de vue de la médecine humaine, par M. Brunet, vétérinaire (de Paris);

3° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 4e régiment de spahis et dans la population civile de Sfax pendant les mois de décembre 1888 et janvier 1889, par M. le docteur Bazin, médecin aide-major;

4° Un mémoire sur une épidémie de variole et sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888, par M. le docteur G. Carrière (de Saint-André-de-Valborgne);

5° Un rapport sur la fièvre typhoïde pendant l'expédition du Sud-Oranais, par M. le docteur Delmas, médecin-major;

6° Un rapport sur une épidémie de fièvre typhoïde dans les Amognes, en 1888, par M. le docteur Fichot (de Nevers);

7° Une observation de prolapsus invaginé du rectum avec prolapsus utérin; cystocèle; traitement par la colopexie, à l'aide d'une colotomie iliaque en deux temps; guérison du prolapsus, etc., par M. le docteur Jeannel (de Toulouse);

8° Une lettre de M. le Ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il a transmis au Ministre de l'intérieur le rapport de M. Dujardin-Beaumetz sur la rage.

— M. Verneuil présente une note de M. Jeannel, relative à un nouveau mode de traitement du prolapsus rectal. Il consiste à relever le côlon que l'on fixe à la paroi abdominale, à faire un anus artificiel temporaire et à électriser le sphincter et le releveur pour chercher à prévenir l'incontinence fécale future. La création d'un anus artificiel est nécessaire, parce que, une fois le côlon fixé, le poids du rectum aurait pu amener une coudure.

— M. Panas et M. Sée ont employé l'antipyrine dans deux cas de diabète avec cataracte. De ces observations, il résulte :

1° Que l'antipyrine jouit d'une action anti-glycogénique efficace et prompte;

2° Qu'elle réussit là où ni le régime ni les autres médicaments préconisés jusqu'à ce jour n'ont pu abaisser le taux de glycose au-dessous d'une quantité donnée;

3° Que, pour être efficace au début, la dose journalière de 3 grammes paraît nécessaire;

4° Que cette action se fait sentir alors même qu'on continue à accorder aux malades une proportion modérée de féculents.

M. G. Sée regarde l'antipyrine comme un médicament ralentissant la nutrition. Comme ses bons effets dans le diabète sont incontestables, il ne regarde pas cette maladie comme rentrant dans le cadre des maladies par ralentissement de la nutrition. Pour lui, il y a production exagérée de glucose par excitation du système nerveux, et cette excitation atteint finalement les nerfs vaso-dilatateurs qui vont au foie.

Cette pathogénie entraîne deux conséquences : l'utilité des modérateurs du système nerveux et la nécessité de supprimer une des sources de la glycogénie en donnant le moins possible de féculents.

M. Sée a traité 18 diabétiques par l'antipyrine. Quand la quantité de sucre rendue ne dépasse pas 80 à 100 grammes par litre, il y a le plus souvent guérison complète de tous les symptômes. Le médicament échoue chez les diabétiques maigres très glycosuriques (plus de 150 grammes par litre) et chez les diabétiques phthisiques.

M. Sée n'a jamais observé de néphrite à la suite de l'administration de l'antipyrine. Quelquefois il y a de l'albuminurie ; elle disparaît dès que l'on suspend le médicament. L'antipyrine n'est pas toxique et c'est le seul modérateur nerveux qui ne décompose pas les globules. Enfin le traitement n'expose en rien au coma.

M. Dujardin-Beaumetz a indiqué l'action de l'antipyrine sur le diabète, dans la séance du 24 mars 1888. Quand un diabétique est polyurique, chez les nerveux le médicament donne de bons résultats. Du reste, les autres médicaments antithermiques ont les mêmes effets. Le traitement hygiénique est naturellement toujours nécessaire.

M. A. Robin, depuis 1887, traite tous les diabétiques de son service par l'antipyrine.

Pour lui, l'antipyrine est un médicament qui agit énergiquement sur la glycosurie, mais qu'il n'a pas vu guérir le diabète. Toutefois, il a exercé sur la glycosurie, la polyphagie, la polydipsie et la polyurie, une action suspensive très marquée.

La dose moyenne applicable dans la plupart des cas est de 3 grammes que l'on doit abaisser à 2 grammes chez les diabétiques albuminuriques. A 4 grammes, il y a rapidement des troubles de l'appétit, et un adulte ne peut supporter cette dose plus de cinq à six jours ; 5 grammes sont une dose trop forte.

On doit administrer l'antipyrine par doses de 1 gramme à quatre heures d'intervalle, à une certaine distance des repas ; il est bon de l'associer au bicarbonate de soude pour combattre l'acidité de l'urine.

Il ne faut pas la donner plus de huit à douze jours et cesser dès qu'il y a des traces d'albumine ; 2 grammes pendant cinq à six jours suffisent chez les diabétiques albuminuriques.

En résumé, on doit employer l'antipyrine au début du traitement du diabète, alors qu'il s'agit de modérer à bref délai une glycosurie ou une polyurie considérable ;

Elle permet de suspendre le régime chez les diabétiques qui en sont fatigués, et cela sans que le malade perde le bénéfice de la contrainte qu'il a imposée à son estomac ;

Elle est indiquée quand le régime longtemps continué et bien toléré a donné son maximum d'effet en ce sens que la polyurie et la glycosurie sont arrivées à un point fixe au-dessous duquel elles ne s'abaissent plus ;

Une habile combinaison du régime et de l'antipyrine, associés dans une sorte de médication alternante, me paraît être actuellement un des meilleurs traitements du diabète

Quand le mal ne s'abaisse pas rapidement, quand au bout de six jours la diminution ne dépasse pas 25 p. 100, il faudra cesser le médicament.

Une des meilleures manières de juger les effets de l'antipyrine, c'est non seulement de doser journellement la quantité de sucre urinaire, mais aussi de mesurer chaque jour la quantité de l'urine et sa densité. L'antipyrine est favorable quand, au fur et à mesure que la quantité s'abaisse, la densité descend aussi ou reste tout au moins stationnaire. Mais si, la quantité d'urine diminuant, la densité tend à s'élever, il faut cesser aussitôt l'antipyrine pour n'y plus revenir.

Enfin, la diminution de l'appétit, l'amaigrissement, la sensation de faiblesse éprouvée

par les malades, la pâleur du visage, l'oppression, la bouffissure des paupières ou la sensation de tension de la face sont des symptômes qui, lorsqu'ils apparaissent, démontrent que l'usage de l'antipyrine est plus nuisible qu'utile, quand bien même la glycosurie serait personnellement influencée.

Ce sont là des contre-indications.

M. Worms a indiqué il y a dix ans l'action favorable du sulfate de quinine dans le diabète. Il le regarde encore comme très utile.

— M. Laborde continue la discussion sur les poêles mobiles. Il suffit que l'atmosphère que l'on respire contienne 1 litre d'oxyde de carbone pour 450 litres pour qu'elle soit dangereuse.

L'intoxication peut entraîner à sa suite non seulement la mort, mais encore des troubles fonctionnels plus ou moins persistants et des lésions organiques et incurables telles que le ramollissement du cerveau, la démence, etc.

La modification du taux de la capacité respiratoire du sang ou de l'hémoglobine, sous l'influence de l'oxyde de carbone, constitue le signe fondamental pouvant être exactement apprécié. Mais il importe de retenir, à cet égard, le fait capital que les accidents mortels peuvent se produire avant que toute l'hémoglobine ait été saturée d'oxyde de carbone.

Comme traitement, il y a d'abord à mettre le patient à l'air libre. La transfusion du sang est le moyen le plus rationnel à employer et doit être faite alors que le cœur bat encore un peu et qu'il y a encore quatre à cinq respirations à la minute. C'est le sang artériel qui réussit le mieux. Pour que la saignée et la respiration artificielle puissent être employées, il faut qu'il y ait encore sept respirations efficaces par minute et huit à dix battements du cœur. Associée à la respiration artificielle, la transfusion est la meilleure pratique.

M. Laborde repousse aussi les mesures prohibitives; il demande que l'Académie nomme une commission d'étude des moyens de chauffage, commission qui ait la liberté de s'adjoindre, en dehors des membres de cette Compagnie, des hommes possédant toute la compétence spéciale.

M. Lancereaux fait remarquer que la transfusion de sang artériel est impossible de l'homme à l'homme.

M. Féréol propose à l'Académie d'adopter l'instruction nouvelle votée récemment par le Conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine et d'y ajouter les conseils suivants :

1° Ne jamais placer de poêle mobile dans une pièce de petite dimension;

2° Ne jamais coucher dans une chambre immédiatement contiguë à celle où se trouve un poêle mobile, mais ménager toujours une pièce intermédiaire;

3° Au moment d'installer un poêle mobile dans un appartement, on devra en donner avis au propriétaire de l'immeuble;

4° Quant au choix du poêle, on devra exclure tout appareil qui n'offre pas une double enveloppe, celui qui porte des ouvertures latérales, celui dont le foyer est ouvert librement ou fermé par un simple grillage;

5° On vérifiera toujours avec le plus grand soin si le couvercle est bien ajusté, si la fermeture est exacte et, notamment, si la rainure où s'enfonce le couvercle ne contient aucun morceau de coke où de charbon ;

6° Pour combustible on se servira de houille maigre ou d'anthracite dont l'odeur avertit qu'il y a un mauvais fonctionnement.

7° On devra s'assurer que le tuyau de dégagement est bien entré dans la cheminée ; il est indispensable de faire flamber dans cette cheminée un peu de bois sec ou quelques vieux papiers pour établir le courant d'air ascendant ;

8° La plaque de fermeture de l'âtre est utile pour accélérer le tirage ;

9° Le poêle doit être mis en grande marche pendant la nuit, en petite marche pendant le jour, à la condition que l'on agite le cendrier.

10° La clef du poêle ne devra jamais diminuer le calibre du tuyau de sortie de plus de la moitié ;

11° Il faut éviter le plus possible les déplacements du poêle et, quand on opère ce déplacement, il faut se conformer rigoureusement aux préceptes ci-dessus.

Si ces conseils, joints aux instructions du Conseil d'hygiène, étaient suivis, on peut croire que les accidents dus aux poêles mobiles deviendraient infiniment rares et même qu'ils disparaîtraient.

M. Lancereaux tient à dire qu'il ne faut pas trop mettre en jeu la responsabilité du propriétaire et rapporte à l'appui un fait récent.

M. Lagneau reconnaît que les poêles mobiles sont très économiques, mais dangereux parfois même pour les personnes qui savent s'en servir.

— M. Cornil lit un rapport sur une observation de néphrorrhaphie de M. Terrillon.

## FORMULAIRE

Solution et pommades contre la blépharite. — Dehenne.

Après l'opération du chalazion, on doit s'efforcer d'en empêcher le retour, en guérissant la blépharite. Pour cela, l'auteur conseille : 1° de tremper les yeux ouverts, matin et soir, dans une œillère remplie d'eau chaude, en ajoutant à chaque bain dix gouttes de la solution suivante : sulfate de zinc, acide borique, ââ 10 centigrammes; eau distillée, 50 grammes; — 2° une fois par jour, on applique sur le dos des paupières enflammées, le long de la région des cils, un peu de la pommade suivante : acide borique, 15 centigrammes; vaseline, 15 grammes. — S'il n'existe point d'inflammation du bord des paupières, on se sert d'une pommade composée de : précipité jaune, 5 centigrammes: vaseline, 15 grammes. — N. G.

## COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Concours d'agrégation. — Sont déclarés admissibles pour la section d'accouchement, par ordre alphabétique :

Paris: MM. Auvard, Bar et Bonnaire. — Bordeaux : MM. Chambrelant et Rivière. — Lille : MM. Bureau et Turgard.

La première épreuve définitive (leçon orale de une heure après quarante-huit heures de préparation libre) a commencé le lundi 8 avril, à cinq heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Séance du lundi 8 avril : M. Villar : « Des accidents éloignés des fractures de la colonne vertébrale. » — M. Genevez-Montaz : « Des complications infectueuses de la blennorrhagie. »

Séance du mardi 9 : M. Tuffier : « Des accidents fébriles consécutifs aux manœuvres sur les voies urinaires. » — M. Nélaton : « Des théories anciennes et récentes de la pyogénie. »

— M. le docteur Weber est nommé membre du Comité d'organisation du Congrès international de sténographie.

Conseil général des sociétés médicales d'arrondissements de Paris. — La constitution définitive a été votée dans la séance du 19 mars. Toutes les sociétés existant actuellement, sauf celles des VII$^e$, VIII$^e$, IV$^e$, ont envoyé leurs adhésions.

L'assemblée n'a pas jugé nécessaire de faire des statuts, mais elle a voté le règlement intérieur suivant :

Article 1. — Le Conseil a une séance chaque année au mois de janvier, pour la nomination du bureau.

Art. 2. — Il se réunit chaque fois qu'une société adhérente en fait la demande.

Art. 3. — Le bureau est composé d'un président, d'un secrétaire général et d'un secrétaire général adjoint.

Art. 4. — Le président sortant restera membre du Conseil pendant un an et ne pourra être rééligible qu'au bout d'une année.

Les secrétaires généraux pourront être réélus s'ils font encore partie du Conseil.

En cas d'absence du président, les séances seront présidées par le doyen d'âge des membres présents.

Art. 5. — Le président et le secrétaire général représentent le Conseil.

*Composition du bureau pour 1889 :* Président, docteur Gibert; secrétaire général, docteur Philbert; secrétaire général adjoint, docteur Cayla.

Dispensaire de la rue des Mathurins, a Lisieux. — M. le docteur Colombe donne un compte-rendu intéressant de la première année du dispensaire de Lisieux, ouvert par lui le 6 février 1888.

Les malades inscrits pendant cette première année sont au nombre de 1,531.

| | |
|---|---|
| Au-dessous de 2 ans | 147 |
| De 2 à 5 ans | 130 |
| De 5 à 15 ans | 267 |
| Hommes au-dessus de 15 ans | 391 |
| Femmes au-dessus de 15 ans | 596 |

(Il faut compter en plus 88 vaccinations).

Les 1,531 malades qui se sont présentés ont reçu 5,843 consultations. Ce chiffre représente non seulement les consultations simples, mais encore toutes les actions thérapeutiques telles que pansements, applications de médicaments externes, séances d'électricité, opérations, application d'appareils, extractions de dents (186), etc....

Après avoir fait la momenclature des maladies traitées et des opérations pratiquées, notre excellent et distingué confrère termine ainsi :

Tel est le bilan de notre première année. L'organisation encore trop incomplète du dispensaire ne nous a pas permis de faire tout ce que nous aurions désiré, et bien souvent il a fallu refuser à des malades ce qui leur aurait été nécessaire. Mais nous nous efforcerons, dans la mesure du possible, de compléter notre installation. Quelques personnes généreuses ont d'ailleurs bien voulu nous promettre leur concours, ce qui nous permettra d'étendre nos moyens d'action. Nous continuerons donc avec ardeur ce que nous avons entrepris. La conviction profonde que nous avons de l'utilité des dispensaires, sera pour nous le plus puissant des encouragements.

Société de médecine de Paris. — Séance du 13 avril 1889. — *Ordre du jour :* 1. M. Collineau : Rapport sur le projet de langue scientifique internationale. — 2. M. Doléris : Quelques points du diagnostic différentiel de la salpingite, en particulier avec l'entérocèle adhésive. — 3. M. Luc : Opérations incomplètes de végétations adénoïdes du pharynx nasal. — 4. M. Martin : Asphyxie par submersion. — 5. Vote sur la candidature de M. Dobieszeurki.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

L'antipyrine tend de jour en jour à devenir une panacée. La dernière séance de l'Académie de médecine nous montre que ce précieux médicament rend de grands services dans le traitement du diabète. M. Dujardin-Beaumetz l'avait déjà dit l'an dernier, mais les faits apportés au cours de la discussion par MM. Panas, G. Sée, A. Robin l'ont prouvé sans réplique; seulement, les indications ne sont pas encore bien précises, et ici on retombe dans l'indécision qui est restée après la discussion sur les propriétés de la strophantine dans le traitement des affections cardiaques.

L'antipyrine fait disparaître les phénomènes du diabète, mais ne guérit pas le diabète; d'autre part, on voit dans certains cas l'albuminurie remplacer la glycosurie, et l'un ne vaut pas mieux que l'autre. L'antipyrine ne convient donc pas dans tous les cas, et lorsqu'on voit, comme M. A. Robin l'a fait remarquer, certains phénomènes morbides survenir dans l'état général des malades, il faut cesser le médicament. Il faut se méfier des armes à deux tranchants de l'arsenal thérapeutique, et l'antipyrine en est une.

Les bons effets de l'antipyrine ne doivent pas d'ailleurs faire abandonner

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Notre confrère Cabanès, du *Journal de médecine de Paris*, rapporte quelques traits intéressants des derniers mois de la vie de Mürger, alors qu'atteint de purpura l'infortuné bohème vint se réfugier à l'hôpital Saint-Louis.

« L'hôpital lui donna souvent asile, au charmant poète, et chaque fois c'est un prétexte à écrire ses impressions, tantôt dans la langue des dieux, le plus souvent en modeste prose.

« Pendant l'hiver de 1840-1841, Mürger entre à Saint-Louis atteint de purpura, — un habit de homard cuit, — comme il disait plaisamment; c'est au n° 10 de la salle Henri IV que, cloué par une seconde attaque, il écrit les strophes suivantes que nous reproduisons. Une description de la vie hospitalière par ce maître poète, n'appréciez-vous pas cette bonne fortune? Écoutez plutôt :

Dans ces murs rongés par l'ulcère,
Gibier promis à l'abattoir,
C'est ainsi que de la civière
On descend du matin au soir;
Et dès qu'on a franchi l'entrée,

Comme une funèbre livrée,
Il faut revêtir aussitôt
Un sombre uniforme de bure
Qui, d'une prochaine torture,
Deviendra le san-benito.

le régime, dont l'influence reste toujours prédominante, ni faire perdre de vue que la quinine a agi d'une manière tout aussi favorable dans le traitement du diabète.

La discussion sur les dangers des poêles mobiles continue. M. Laborde s'est attaché à préciser la quantité d'oxyde de carbone, dans l'air respiré, nécessaire pour produire l'intoxication et le meilleur remède contre celle-ci. C'est la transfusion associée à la respiration artificielle. Mais la transfusion idéale, c'est-à-dire de sang artériel, n'est pas pratique d'homme à homme, et on ne connaît pas encore assez les conditions de la transfusion d'animal à l'homme pour qu'on puisse l'employer couramment.

La longue liste de desiderata formulée par M. Féréol, en remplacement de la suppression radicale du poêle mobile, ou plutôt, pour permettre de l'utiliser sans crainte, sera-t-elle facile à mettre en pratique? Nous ne le pensons pas, bien que toutes ses demandes soient rationnelles. Le poêle mobile est un appareil si utile, — M. Féréol dit en avoir un, j'en ai moi-même deux, — qu'il sera bien difficile de s'en passer maintenant; vouloir faire intervenir les pouvoirs publics ou son propriétaire dans les précautions à prendre pour remédier aux dangers du poêle mobile me semble bien difficile, le mieux est de prendre soi-même ces précautions, et je crois qu'on peut éviter les inconvénients signalés en suivant celles qui ont été indiquées par M. Féréol.

La nouvelle opération imaginée par M. Jeannel (de Toulouse), et dont M. Verneuil a rendu compte à l'Académie, est encore un nouveau progrès à l'actif de la chirurgie abdominale... et française. — L.-H. P.

---

## REVUE DES JOURNAUX

**Du traitement de la tuberculose pulmonaire en particulier par l'acide borique**, par le docteur E. Schoull, médecin-major à Aïn-Draham (Tunisie). — Dans un article antérieur (*Gazette hebdomadaire* du 25 novembre 1887), l'auteur avait essayé

---

Dès lors, on entre et l'on succède,
Lépreux, à la lèpre qui sort,
Dans une couche encore tiède,
De tous les frissons de la mort.
On est un chiffre dans un nombre,
Une voix dans une hymne sombre,
Un moribond de plus demain,
Que la science opiniâtre
Au marbre de l'amphithéâtre,
Attendra le scalpel en main.

Mais avant l'heure qui délivre,
Avant le dernier mot du sort,
Qu'on le craigne ou non, il faut vivre
Parmi les condamnés à mort;
Vivre et rester calme et stoïque
Pareil au patient biblique,
Par ses ulcères dévoré,
Et sentir peser sur son crâne
L'atmosphère impure qui plane
Comme un linceul pestiféré.

Ici qu'on dorme ou que l'on veille,
Toujours même spectacle à voir;
Devenant écho pour l'oreille,
Le rêve est pour l'œil un miroir.
Rien ne se tait, rien ne s'efface,
Et l'on a toujours face à face,
La plaie aux flancs et l'œil en pleurs,
Quelque frère en misère humaine,
Anneau vivant de cette chaîne
Que forge la loi des douleurs.

C'est encore de l'hôpital Saint-Louis, 23 mai 1842, qu'est datée cette charmante lettre si finement narquoise :

d'attirer l'attention sur l'heureuse influence apportée dans la marche de cette affection par les pulvérisations d'acide borique à haute dose, en solution à chaud. Ce mode de traitement avait pour résultat presque constant une diminution rapide et accentuée de la gêne respiratoire et de la toux, une modification, puis une diminution des sécrétions muqueuses; enfin les signes physiques étaient heureusement modifiés sous son influence, et, à l'aide de quelques agents thérapeutiques, plusieurs malades ne présentaient plus aucun symptôme général ou local et pouvaient être considérés comme guéris.

Après avoir rappelé les propriétés physiques et chimiques de l'acide borique et relaté les expériences qui ont été faites au sujet de sa toxicité, l'auteur rapporte celles qu'il a faites lui-même sur des lapins et conclut à l'innocuité de cet agent à l'égard des êtres les plus élevés de la série animale.

Il emploie une solution de 15 parties d'acide borique dans 100 parties d'eau et maintient l'appareil pulvérisateur au bain-marie pour empêcher la cristallisation. Le malade fait sous le nuage boriqué de longues et profondes inspirations pendant une durée moyenne d'un quart d'heure matin et soir; il est rare qu'au bout de quelques séances il n'éprouve pas déjà du soulagement au point de vue de l'oppression, la toux, l'abondance des sécrétions muqueuses.

Pendant les pulvérisations de solutions concentrées d'acide borique, il se dépose toujours sur les parois de la bouche, la langue, l'arrière-gorge une certaine quantité de sel que les mouvements de déglutition du malade entraînent dans le tube digestif.

M. Schoull a estimé à 2 gr. 20 la quantité totale d'acide borique pénétrant dans l'économie après chaque séance, dont 1 gr. 40 par les voies digestives et 0,80 centig. par les voies aériennes.

En pénétrant dans le tube aérien, l'acide borique agit de deux façons : comme topique local, il a bientôt pour effet de modifier favorablement l'inflammation de la muqueuse sur laquelle il se dépose. Par son action éminemment antifermentescible, il modifie les produits de l'irritation, arrête la colonisation des bacilles, entrave le développement ou détruit les microzoaires de toute espèce qui contribuent à augmenter l'action destructive du bacille tuberculeux.

L'auteur croit fermement que, tout en se trouvant jusqu'alors dans l'impossibilité d'aller détruire le bacille dans son lieu d'élection, on peut, en entravant ses ravages, en augmentant la résistance du terrain sur lequel il agit, arriver à la guérison de la tuberculose pulmonaire. Comme adjuvants du traitement par les pulvérisations d'acide

---

« Me voici donc encore une fois à l'hôpital! Une nuit, deux jours après l'envoi de ma dernière lettre, je me suis tout à coup réveillé avec un sentiment de cuisson extrême par tout le corps. J'étais comme enveloppé de flammes; je flambais littéralement. J'allumai ma bougie et je fus épouvanté du spectacle que m'offrit mon pauvre moi-même. Imagine-toi que j'étais rouge des pieds à la tête, et cela comme un homard cuit, ni plus ni moins. Je courus donc dès le matin à l'hôpital, où je suis resté, salle Henri IV, nº 10.

« Les médecins ont été tout ébahis de mon cas; ils disent que c'est un purpura. Je le crois bien! La pourpre des empereurs romains n'était pas, j'en suis sûr, aussi pourpre que mon enveloppe. La tête aussi me fait parfois grand mal. En ce moment, j'ai un peu de mieux, et j'en profite pour t'aviser de mon triste état. »

Encore quelques fragments d'une lettre écrite du même hôpital :

« Ma maladie est dans une période de réaction où la science ne connaît pas grand'chose. Tous les jours, de midi à cinq heures, je ne suis pas capable de faire trente pas sans chanceler. J'ai un millier de trompettes qui me sonnent dans les oreilles, etc..... On m'a saigné, resaigné, sinapisé, et tout en vain; je consomme de l'arsenic à moi tout seul autant que trois mélodrames des boulevards; je ne sais comment cela va finir. Le médecin m'a dit qu'il me guérirait, mais qu'il y faudrait mettre du temps, je suis, du reste, fort bien soigné et bien vu par les sœurs de la salle; mais, ce qui m'ennuie, c'est que cet état maladif me rend tout travail impossible. Enfin, aujourd'hui, on va me mettre

borique, il conseille la créosote et l'iodoforme à l'intérieur, la cautérisation ponctuée répétée à intervalles réguliers qu'il préfère à tout autre mode de révulsion, le séjour dans des stations climatériques élevées. (*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888.)

Dr Ph. L.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Influence des anesthésiques sur la force des mouvements respiratoires*, par MM. P. Langlois et Ch. Richet. — « Des recherches déja anciennes ont montré que l'homme et les animaux ne peuvent vaincre, pour l'inspiration ou l'expiration, la pression d'une colonne liquide offrant une certaine résistance.

Nous avons vérifié le fait et constaté que, d'une manière générale, on ne peut expirer ni inspirer à travers une colonne de mercure de 100 millimètres.

De plus, il résulte de nos recherches que ce n'est pas l'effort inspiratoire qui est paralysé par l'action des anesthésiques (chloral, chloroforme), c'est l'effet expiratoire. En effet, même profondément anesthésiés, les animaux inspirent quand la pression à l'inspiration est de 15, de 20 et parfois de 25 millimètres, tandis que, si la pression à l'expiration est seulement de 10 millimètres, cela suffit pour amener l'asphyxie.

L'explication en est simple et conforme à ce qu'on sait des actions des anesthésiques et du mécanisme respiratoire. Les mouvements d'inspiration sont toujours des mouvements actifs, tandis que l'expiration à l'état normal est purement passive, due à l'élasticité pulmonaire. Elle a lieu mécaniquement quand l'effort inspiratoire a pris fin sans aucune activité musculaire. L'expiration n'est active que dans le cas d'une expiration volontaire ou d'une expiration réflexe. Or les mouvements volontaires et les mouvements réflexes sont paralysés par les anesthésiques. Donc, sur l'animal anesthésié, il ne peut y avoir d'expiration active, il ne reste plus qu'une expiration passive due à l'élasticité pulmonaire, laquelle n'est pas assez forte pour vaincre une colonne mercurielle de 10 millimètres. Si l'inspiration persiste, c'est que, tout en étant toujours un phénomène actif, elle n'est ni volontaire ni réflexe, mais automatique, due à l'incitation automatique du bulbe, incitation qui est affaiblie, mais non abolie par le chloral.

---

toutes sortes de choses sur le corps, et entre autre des sangsues pour m'ôter mes étourdissements... »

Le 2 octobre 1842, nouvelle lettre, nouvelles railleries. C'est toujours le gavroche du boulevard, blaguant le camarade avec l'insouciance et le septicisme du gamin de Paris.

« Il y a huit jours que je suis à Saint-Louis, mon habit de homard cuit étant revenu de plus en plus pourpre. — Je suis toutefois moins malheureux que je ne le craignais; on m'a placé dans un endroit d'une immense salle — 106 lits! — où je suis avec des gens à peu près comme il faut et pour la plupart hommes d'intelligence..... J'ai failli être renvoyé de l'hospice. J'ai pour voisin un vieux bureaucrate qui ne peut pas se faire comprendre tant il bredouille; naturellement il est l'objet de maintes épigrammes de la part de ceux qui l'entourent. Furieux de cela, il a fait une dénonciation en forme au médecin, et on nous avait donné notre paquet à moi et à sept ou huit autres. Mais la sœur a pris notre défense et nous garde..... Si mauvaise qu'y soit la nourriture, elle a pour elle au moins d'être certaine et vaut, en somme, dix fois mieux que celle que je pourrais me donner..... Je demande de la soupe jusqu'à deux et trois fois, mais il faut changer de costume chaque fois pour en obtenir, car ce n'est que par supercherie que l'on en obtient. »

N'est-ce pas là le tableau de la vie d'hôpital brossée de main de maître par un peintre de talent?

Ce n'est pas d'aujourd'hui, comme on le voit, que les malades se plaignent de la

Au point de vue chirurgical, cela entraîne une conséquence immédiate : c'est qu'il faut, dans l'anesthésie chloroformique, maintenir les voies respiratoires absolument libres; le plus léger obstacle à l'expiration, presque imperceptible pour un individu normal, deviendra infranchissable pour un individu anesthésié.

*Détermination des espèces animales aptes à contracter, par contagion spontanée et par inoculation, la pneumo-entérite infectieuse considérée jusqu'à présent comme une maladie spéciale du porc*, par M. V. GALTIER. — La pneumo-entérite, visée par le décret du 28 juillet 1888 sur la police sanitaire comme une maladie qui serait spéciale à l'espèce porcine, est transmissible par inoculation et par rapports directs ou indirects, non seulement aux petits animaux tels que cobayes, lapins, oiseaux de basse-cour, mais encore au chien, au mouton, à la chèvre et très vraisemblablement aux animaux de l'espèce bovine. Elle est beaucoup plus grave pour le mouton et la chèvre que pour le porc. I est donc absolument indiqué de prendre des mesures pour empêcher tous rapports entre les porcs malades et les autres animaux dans les fermes où sévit cette affection; il est enfin urgent d'étendre aux espèces précités les mesures applicables à l'espèce porcine et de modifier en conséquence le régime établi par le décret du 28 juillet.

*De la transfusion péritonéale et de la toxicité variable du sang de chien*, par MM. J. HÉRICOURT et Ch. RICHET. — Les auteurs ont d'abord vérifié ce fait connu que le sang d'animaux d'espèce différente, injecté à une même espèce animale, est différemment toxique. Ils ont vu aussi que la dose toxique de sang de chien, non plus transfusé dans le péritoine, mais injecté dans le système vasculaire du lapin, est de 5 grammes.

Ce qui fait l'objet de la note présente, c'est la détermination exacte de la dose toxique de sang de chien transfusé dans le péritoine du lapin. Sur 139 expériences, il y a eu 8 cas où la mort est survenue par suite de l'opération même, soit une mortalité d'environ 6 p. 100. Mais il y a, en outre, une mortalité *toxique* due à la nocuité du sang lui-même. Bref, il ressort des résultats obtenus dans les 13 autres expériences que la dose toxique de sang de chien pour le lapin, soit immédiatement, soit à longue échéance, est variable, variabilité due à la variabilité elle-même des chiens transfuseurs.

Cette variabilité dans les qualités toxiques du sang, chez les individus de même espèce, est très probablement d'origine chimique, quoique, en l'état actuel, la chimie ne puisse en donner l'explication adéquate.

Chez les cobayes, le sang de chien injecté dans le péritoine est plus toxique que chez le lapin.

---

nourriture. Elle est au moins « abondante et saine », comme disait je ne sais quel proviseur de lycée aux parents d'un de ses élèves.

« Un mois après, Mürger quitte l'hôpital. « Ma culotte rouge, mon purpura a résisté à tous les décatissages possibles. Je me suis vautré dans le soufre, j'en ai bu, j'en ai mangé, et ledit purpura n'en a pas moins persisté à reparaître tous les jeudis, ce qui est moustrueux pour la science, qui ouvrait des yeux énormes sans y voir plus clair!.....» Une boutade à l'adresse de notre profession, mais, en somme, une flèche bien peu acérée! Nous en avons vu bien d'autres depuis Molière! »

*
* *

Que n'a-t-on pas dit au sujet de la rage depuis quelques années?

L'Académie de Montpellier conserve, par exemple, dans ses archives, le souvenir d'un fait singulier et plus ou moins probant en ce qui regarde le funeste résultat de la peur dans l'étiologie de la rage.

Deux sœurs avaient été mordues par un chien enragé, ou supposé tel. L'une d'elles alla en Hollande et y resta dix ans sans avoir éprouvé le moindre accident. A son retour, elle apprit que sa sœur, dont elle n'avait plus eu de nouvelles, était morte peu de temps après qu'elle avait pris congé d'elle. Elle se souvint aussitôt de la morsure, à laquelle elle ne pensait plus, rapprocha la mort qu'on lui annonçait des suites de cette morsure, et, saisie d'épouvante, elle fut prise d'hydrophobie, et elle mourut dans un terrible accès.

*Influence du bacille pyocyanique sur la maladie charbonneuse*, par M. Bouchard. — « J'ai inoculé la bactéridie charbonneuse au lapin et au cobaye, et j'ai cherché à combattre son développement en injectant, autour des points d'inoculation, des doses variables de culture du bacille pyocyanique. Les inoculations charbonneuses ont été pratiquées soit à l'aide de cultures virulentes, soit à l'aide du sang d'animaux morts du charbon. Sur 26 expériences, 12 fois la survie et la guérison ont eu lieu; 7 fois les animaux ont succombé à l'infection charbonneuse, et 7 fois ils sont morts sans qu'il ait été possible de déceler en eux la moindre trace de charbon. Il va sans dire que chaque expérience a comporté des témoins, tous morts charbonneux. On a donc, dans ces faits, la démonstration de la possibilité de combattre une maladie infectieuse par une autre maladie.

*Action du bacille pyocyanique sur la bactéridie charbonneuse*, par MM. L. Guignard et Charrin. — Pour compléter les expériences précitées de M. Bouchard, les auteurs ont cherché à pénétrer le mécanisme de cette influence en étudiant d'abord *in vitro* l'action du microbe du pus bleu sur celui du charbon. Dans ce but, ce microbe du pus bleu a été semé dans des cultures charbonneuses en pleine végétation, en pleine activité virulente. La coloration et les réactions caractéristiques de la pyocyanine n'ont pas tardé à apparaître, presque aussi facilement dans ces conditions que dans le bouillon pur.

« Observant ces cultures mixtes, nous avons suivi, disent les auteurs, les modifications que peut y subir dans sa virulence et sa forme la bactéridie charbonneuse, les cultures ont été inoculées au cobaye. Pour tuer cet animal, il faut des doses considérables de virus pyocyanique (1 centim. cube et davantage), tandis que, comme on le sait, des doses minimes de charbon (1 à 3 gouttes de culture), sont suffisantes pour amener la mort. Dès lors, en injectant sous la peau tout au plus 1/2 centim. cube, on ne peut agir que par la bactéridie charbonneuse.

Pendant les six premiers jours de développement du bacille pyocyanogène, au contact des germes charbonneux, la virulence de ces derniers ne paraît pas modifiée d'une façon sensible et constante. A partir du huitième jour, cette virulence diminue. Les animaux inoculés succombent au charbon, mais la survie augmente. Alors qu'une culture charbonneuse de même âge et indemne de tout microbe du pus bleu, tue en trois ou quatre jours, la culture mixte ne cause la mort qu'au bout de sept à huit jours. Après deux semaines, les animaux résistent pendant neuf et dix jours. A l'autopsie, on rencontre habituellement dans la rate des bactéries moins fragmentées que dans les cas

---

Après dix ans! Evidemment, ce ne pouvait être le virus qui, après un intervalle aussi long, avait causé le maladie.

Autre exemple : Un magistrat se promenait avec son chien. Ils rencontrèrent un troupeau de moutons. Le chien s'élança tout à coup sur les moutons et en mordit un grand nombre. Puis, il traversa une rivière à la nage, s'affaissa sur la rive et mourut. Peu de temps après, le maître de ce chien apprit qu'un grand nombre des animaux mordus avaient succombé : il fut pris d'inquiétude en se souvenant que le même jour son chien lui avait plusieurs fois léché la main, et il crut même retrouver sur lui des cicatrices.

Pris de terreur, il n'osa plus toucher à l'eau ni se raser; il crut tout à fait qu'il était hydrophobe. Un médecin essaya vainement de calmer ses craintes; pendant plusieurs jours, il fut alité et délirant. Enfin, comme on lui répétait sans cesse que les personnes atteintes de la rage mouraient très rapidement, que par conséquent il ne pouvait pas être enragé, puisque son horreur de l'eau datait déjà de dix jours, il se laissa persuader et se rétablit.

L'influence combinée de l'imagination et de la crainte produit, « par excitation centrale », des symptômes qui, dans certaines prédispositions du système nerveux, ressemblent à ceux de la rage essentielle et peuvent se terminer par la mort. Par contre, la volonté peut triompher parfois du mal véritable; du moins y a-t-il des exemples de ces cas de guérison par l'énergie seule du malade.

Le docteur Barthélemy, un médecin assez renommé il y a une quarantaine d'années, fut un jour mordu par un chien; il se cautérisa; mais, dix jours après, il éprouva à la

de mort rapide; on observe ces longs filaments qui rappellent ceux des cultures, et que l'on a considérés, quand on les trouve dans les organes de l'animal, comme des signes d'un charbon atténué. Au vingtième jour et au delà, le cobaye se montre réfractaire, quoique les résultats ne soient pas absolument constants. Toutefois, il est aisé de constater qu'à cette date, et même plus tard, si on sème la bactéridie ainsi atténuée dans du bouillon pur, cette bactéridie reprend sa virulence, elle a été plus ou moins affaiblie, elle n'est pas morte.

Parallèlement à ces changements de virulence, nous avons suivi les modifications morphologiques.

Dans la culture du charbon, on a introduit, pour 10 centim. cube de liquide, quelques gouttes de culture du bacille pyocyanique (1 à 5 gouttes suivant les cas). Les ballons ont été mis à des températures qu'on a fait varier, dans diverses expériences, de 30° à 37°.

Dans tous les cas, on constate que la bactéridie charbonneuse s'altère rapidement. Dès le second jour, les bâtonnets ou filaments rassemblent leur contenu en certains points, sous forme de granulations de volume variable, autour desquelles on aperçoit la mince membrane de la bactéridie.

Après trois ou quatre jours, l'aspect normal a disparu; on observe soit des formes d'involution consistant en bâtonnets ou filaments renflés, plus ou moins contournés, incurvés, soit des articles isolés ou soudés, réduits par places à leur membrane, renfermant ailleurs des granulations dont le diamètre est tantôt égal à celui d'un bâtonnet normal, tantôt plus petit et variable. Ces granulations sont facilement colorables, même au bout de plusieurs semaines; il n'y a pas formation de spores.

La plupart des granulations s'isolent bientôt dans le liquide; d'autres restent accolées en nombre variable sous la membrane des bâtonnets ou filaments primitifs où elles ont pris naissance. Après leur mise en liberté, ces granulations ressemblent à des microcoques d'inégale grosseur, isolés, ou groupés par deux, ou en plus grand nombre. On retrouve cependant, même après plusieurs semaines et plusieurs mois, quelques bâtonnets courts, incurvés et déformés, présentant un contenu granuleux. On conçoit, d'ailleurs, que la forme puisse varier jusqu'à un certain point, suivant que la bactéridie s'est trouvée à la surface ou dans la profondeur du liquide.

D'autre part, si on ensemence ces organismes ainsi altérés dans des milieux appropriés, la végétation normale, comme tout à l'heure la virulence, ne tarde pas à réapparaître.

---

gorge les premiers symptômes du mal, comme la grande difficulté d'avaler. Il ne voulut pas cesser ses occupations, il se força à dédaigner ces symptômes, il alla dans le monde, au théâtre, et il déclara que, cinq ou six jours plus tard, ces inquiétants avertissements avaient disparu.

L'électricien Crosse fut aussi guéri, à ce qu'il raconte, par le même système de réaction violente contre le mal. Mordu par un chat enragé, il ressentit les angoisses profondes dans les bras qui annoncent le mal, ainsi que la contraction caractéristique de la gorge. « Aussitôt, dit-il, mon esprit se remplit de la terrible conviction que j'allais succomber dans un accès épouvantable..... Puis je me mis à réfléchir : je me dis qu'il fallait affronter mon sort en homme, que s'il y avait quelque espoir de conserver ma vie, la seule chose était de raffermir mes résolutions, de braver le mal, d'exercer des efforts énergiques sur mon esprit; par conséquent, comprenant qu'll fallait de l'exercice à la fois intellectuel et physique, je partis pour la chasse, malgré la lourdeur extrême au bras. Je marchai toute l'après-midi, réagissant, à chaque pas que je faisais, contre la maladie...... Dès le soir, j'allais mieux; à la fin de la semaine, j'étais guéri. »

Que c'est beau d'avoir de la volonté, et de croire à sa force! On va jusqu'à guérir de la rage. Voilà un bel exemple d'auto-suggestion.

SIMPLISSIME.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons semé du charbon actif, à l'état de filaments, dans des produits solubles stérilisés et filtrés du bacille pyocyanique. Dans ces nouvelles conditions, on observe des modifications de morphologie et de virulence absolument comparables à celles que nous venons d'indiquer. Une différence consiste en ce que ces modifications se réalisent un peu plus lentement sous l'influence des substances chimiques privées de germes, que sous l'influence du bacille lui-même. Mais là encore, si on reprend au sein de ces milieux artificiels les germes charbonneux qui y vivent si péniblement, pour les porter sur des milieux favorables, on assiste à leur régénération rapide.

Ajoutons que nous nous sommes assurés que les atténuations ne tenaient pas à de simples dilutions. — Il a été reconnu en outre que les cobayes n'étaient pas vaccinés par ce virus affaibli. — Enfin, les résultats négatifs ou inconstants que l'on peut obtenir, semblent s'expliquer par ce fait qu'il est difficile d'apprécier d'une façon mathématique la vitalité respective des deux microbes en présence, vitalité respective qui a une si grande importance dans le degré et la rapidité de l'atténuation, comme aussi dans la qualité des produits de sécrétion.

Dans une troisième série d'expériences, nous avons pu voir, grâce à l'obligeance de M. Loye, que les produits solubles du bacille pyocyanique n'agissaient pas sur l'hémoglobine du lapin. De plus, les globules du sang ne présentent pas d'altération apparente, au moins après six jours, quand on les conserve dans ces mêmes produits solubles, à l'abri de l'air.

Pour tous ces motifs, nous avons été amenés à conclure que, dans le mécanisme de 'atténuation du microbe du charbon par le microbe du pus bleu, les produits fabriqués par ce dernier pouvaient jouer un rôle. Il est permis de supposer que ces substances chimiques, dans le cas particulier, sont plus nocives, plus débilitantes pour la cellule végétale que pour certaines cellules animales. L'inverse se produit quand, par exemple, on régénère le charbon symptomatique par l'acide lactique, ou un autre corps plus toxique pour la cellule animale que pour la cellule végétale.

Toutefois ce serait, à notre avis, singulièrement exagérer que de croire l'action des produits solubles suffisante à elle seule pour tout expliquer.

Ces produits atténuent, ils ne tuent pas, ou du moins très difficilement. Il est possible, à n'envisager toujours que les conditions où nous sommes placés, il est possible que le phagocytisme profite de cette atténuation pour remporter une victoire rendue dès lors plus facile. Il est probable aussi que d'autres conditions de ce mécanisme nous échappent.

Peut-on aller plus loin et pénétrer plus intimement le procédé qu'emploie le bacille pyocyanique pour altérer la bactéridie charbonneuse? Répondre d'une façon complète et précise serait chose difficile. Ce que l'on peut dire, c'est que le microbe du pus bleu, pour agir, paraît user surtout de deux ordres de moyens principaux.

Ce microbe atténue la bactéridie charbonneuse en sécrétant des substances nuisibles pour elle, mais il l'atténue également en épuisant les milieux nutritifs, épuisement variable suivant les bouillons. La démonstration de cet épuisement résulte de ce fait, u'il suffit d'ajouter du bouillon pur pour rendre au germe charbonneux un certain degré de vitalité. Ces données sont d'ailleurs conformes aux expériences de M. Bouchard, étudiant le mécanisme par lequel le bacille pyocyanogène rend stériles pour lui-même es milieux dans lesquels il a vécu. »

---

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 23 mars 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

*Correspondance imprimée* : Journaux et revues; — *Revue des travaux scientifiques du ministere de l'instruction publique*, t. VIII, nos 8 et 9; — no 2 de la *Revue médico-pharmaceutique de Constantinople*, dont l'un des rédacteurs est le docteur Rouvier (de Beyrouth), membre correspondant.

— M. Polaillon présente à la Société le dessin de la pièce dont il a parlé dans la séance du 9 février. (Cancer de la trompe, etc.)

— M. Fraigniaud lit un rapport favorable sur la candidature de M. le docteur Dobieszewski au titre de membre correspondant.

Les conclusions sont adoptées, le vote renvoyé à la prochaine séance.

— M. Duroziez donne lecture d'un mémoire intitulé : *Cœur et carotides.* (Sera publié.(

— M. Wickham : Permettez-moi de vous dire quelques mots d'une *méthode de traitement des rétrécissements de l'urèthre,* non dilatables par les procédés ordinaires, laquelle a été étudiée dans ces derniers temps par le docteur Newman (de New-York). M. Danion, dans un journal dont il a la direction, a récemment publié un résumé des travaux de notre confrère américain; d'autre part, il a eu l'occasion de mettre en pratique la méthode de Newman sur quelques malades de la salle Civiale, à l'hôpital Necker, et les résultats obtenus par lui m'ont encouragé à en faire l'essai chez un rétréci indilatable par les bougies en gomme et les Béniqué. Jusqu'à plus ample informé, j'ai tout lieu de me féliciter de ma détermination. Newman prétend non seulement dilater les strictures uréthrales, mais encore les maintenir indéfiniment dilatées ; en d'autres termes, il prétend guérir radicalement les rétrécissements de l'urèthre. Ce sont là des prétentions dont l'exactitude demande à être vérifiée, et, comme la méthode de Newman est applicable par tous les praticiens, j'ai pensé qu'il était intéressant de vous la signaler, d'autant plus que ce n'est qu'après un assez grand nombre d'expérimentations qu'il sera possible d'émettre un jugement sur elle et de faire le départ des variétés de rétrécissements qui pourront bénéficier de son emploi.

La méthode de Newman consiste dans la mise en œuvre de courants continus faibles (4 à 5 milliampères); l'électrode positive, qui est formée par une plaque en métal recouverte de peau de chamois humidifiée, est appliquée à la partie supérieure de la cuisse et maintenue par un lacs; l'électrode négative n'est autre que la bougie olivaire à électrisation. Supposons qu'on soit en présence de deux rétrécissements peu éloignés l'un de l'autre, dont le plus étroit corresponde au n° 10 de la filière Charrière; on introduit une bougie à olive métallique n° 11 jusqu'au rétrécissement, puis on fait passer le courant. Au bout d'un temps variable de cinq à vingt minutes, on franchit la stricture; six à sept jours après, on recommence avec une bougie olivaire d'un plus gros calibre, et ainsi de suite. Sans bougies et sans Béniqué, Newman dit arriver à rendre un urèthre normal, et cela en six à sept semaines. Suivant lui, les courants continus faibles modifient lentement la vitalité des tissus et en facilitent la résorption; l'effet obtenu est complètement différent de celui produit par les courants continus forts ; autrefois, avec l'électrolyse, on se proposait de produire une eschare semblable à celles dues aux alcalis; mais ce mode de traitement a été rapidement abandonné à cause des complications sérieuses auxquelles les malades se trouvaient exposés. Inutile de vous dire que la méthode de Newman n'a rien de commun avec celle du docteur Fort; l'uréthrotome électrolytique de ce dernier auteur ne détrônera d'ailleurs pas l'instrument de Maisonneuve, et sa vogue inexpliquée ne sera, nous l'espérons, que temporaire.

J'arrive à mon malade chez lequel, je dois le dire, j'ai combiné l'application de courants continus faibles avec la dilatation par les Béniqué; cette façon de procéder ne m'a que mieux démontré l'utilité de l'électrolyse, intensité Newman. Le 7 février, je constate l'impossibilité où je suis de passer dans l'urèthre une bougie n° 14. Le 2 et le 5, j'avais échoué de même. Le 12, première séance d'électrolyse. Le 16, je passe avec assez de facilité les Béniqué (sur conducteur) 29 et 30. Le 19, le Béniqué 32 franchit avec la plus grande difficulté la stricture bulbaire. Le 21, je fais une seconde séance d'électrolyse; mais mon malade est forcé de quitter Paris, et je ne le revois que quinze jours après, le 7 mars. Contre mon attente, le Béniqué 34 n'est nullement serré. Le 9, je passe le Béniqué 36; et, le 12, le béniqué 39 ne pénètre que très difficilement dans la vessie. Le 11, je fais une troisième séance d'électrolyse. Le 19, je passe, sans résistance, le Béniqué 41. Le 21, le Béniqué 43 est un peu serré. Demain je ferai une nouvelle séance d'électrolyse.

En présence de ces cas heureux, je suis loin de vouloir me faire l'apôtre convaincu de

la méthode de Newman; mais ce qui m'exhorte à vous en recommander l'essai, c'est qu'elle a le mérite d'être sûrement inoffensive. *Primum non nocere.*

M. Reliquet : M. Wickham a bien raison d'expérimenter cette méthode qui provoque de vives discussions en Amérique. Mais il a combiné cette méthode de Newman avec le passage des bougies. Il est difficile de distinguer lequel des deux modes de traitement a eu raison du rétrécissement, ou la part qui revient à chacun dans le bon résultat obtenu.

En effet, il arrive souvent, dans le cours d'une dilatation temporaire progressive par les bougies, que, un jour, il est impossible de passer un numero, il est serré, et que après quelques jours de repos, ce même numéro, qui était serré, passe facilement, et que, même, plusieurs des numéros suivants de plus en plus gros passent facilement. Pour juger la valeur de la méthode de Newman il faut, je crois, l'employer seule.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## Étui thermométrique aseptique

Du docteur Ch. Bailly,

*Construit par A. Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie, Boulevard Saint-Michel, n° 6, à Paris.*

Le thermomètre à l'aide duquel on a pris la température anale dans une maladie septique peut-il, même après un nettoyage correct, mais banal, être impunément introduit dans le rectum sain ?

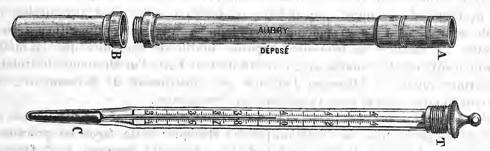
Le docteur Bailly répond à cette question par la négative. Dès lors, il préconise l'usage du thermomètre rendu aseptique à l'aide d'huile ou de vaseline naphtolée, salolée, phénique, etc.

Emporter avec soi à la fois le thermomètre et un récipient spécial serait une complication embarrassante.

Visser à l'extrémité de l'étui thermométrique, un petit cylindre récepteur, donnerait à l'instrument une longueur gênante.

L'introduction de la substance antiseptique dans l'étui ordinaire serait peu commode et rendrait un nettoyage consécutif difficile.

Le docteur Bailly obvie à tous ces inconvénients par le plus simple des dispositifs. Il partage l'étui cylindrique (métal, bois ou caoutchouc) en deux portions : fig. A B.




La partie inférieure B longue de quatre à cinq centimètres, fermée à une extrémité, sorte de dé, est remplie du véhicule antiseptique, puis est vissée sur l'autre partie, cylindre ouvert à ses deux bouts A.

On a ainsi un étui ordinaire dans lequel s'introduit et se fixe le thermomètre T dont la cuvette C plonge à demeure dans la substance antiseptique et lubréfiante.

A chaque pas de vis de l'étui est fixée une bague minuscule d'étain qui rend la cavité de l'étui absolument étanche, si bien qu'on peut également y verser à volonté une solution quelconque d'acide phénique ou autre dans laquelle baignera en entier le thermomètre.

Près du malade l'introduction de l'instrument est prompte et facile. La température prise, le thermomètre est nettoyé avec soin et replacé dans sa gaine antiseptique.

Quand bien même la crainte d'un contage serait exagérée, le praticien évite avec ce dispositif la perte de temps qu'entraîne toujours auprès du client la recherche d'un corps gras quelconque destiné à faciliter l'introduction.

*Nota.* — La pommade suivante : salol, 1 gramme ; huile de vaseline, 5 grammes ; vaseline, 4 grammes ; répond à toutes les indications.

Il va de soi que les mêmes observations et le même perfectionnement s'appliquent au thermomètre axillaire.

## FORMULAIRE

VIN CRÉOSOTÉ COMPOSÉ. — Fraenkel.

| | |
|---|---|
| Créosote | 13 grammes. |
| Teinture de gentiane | 30 — |
| Alcool | 250 — |
| Vin de Xérès | q. s. pour un litre. |

Mêlez. — Deux à trois grandes cuillerées dans la journée aux tuberculeux, dont la température n'excède pas 38°, et chez lesquels les bacilles ne sont pas encore très abondants. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

PLÉTHORE MÉDICALE EN ALLEMAGNE. — D'après le *Matin* un singulier embarras se produit en Allemagne au sujet de la profession médicale. Il paraît que les pouvoirs publics sont sérieusement inquiets du nombre considérable des médecins et de l'affluence sans cesse croissante des étudiants dans les Facultés de médecine. Non seulement le gouvernement refuse d'ouvrir de nouvelles écoles, mais encore dernièrement le Landtag a refusé d'allouer des crédits concernant les chaires des écoles de Hall et de Marbourg. En Allemagne comme en France, il y a une quantité de jeunes diplômés qui n'ont aucune situation et qui s'adressent à l'État qui ne peut les satisfaire. On voudrait prendre des mesures pour couper le mal dans sa racine.

## COURRIER

STATISTIQUE DE L'INSTITUT PASTEUR. — Pendant le mois de février dernier, 160 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

52 ont été mordues par des animaux dont la rage est reconnue expérimentalement ;
90 ont été mordues par des animaux reconnus enragés à l'examen vétérinaire ;
18 ont été mordues par des animaux suspects de rage.
Les animaux mordeurs ont été : chiens, 153 fois ; chats, 5 fois ; vaches, 2 fois.

*Personnes traitées ayant succombé à la rage.*

1° Ray, 7 ans, d'Oissel, mordu par un chien le 13 décembre 1888. On compte 7 morsures réparties sur la joue droite ; ces morsures sont pénétrantes, ont donné beaucoup de sang. Une de ces plaies a nécessité une suture des lambeaux. Sur la joue gauche, une morsure allant de l'aile du nez à la commissure des lèvres ; la plaie a été fermée par quatre points de suture. Sur la lèvre supérieure, une morsure ayant traversé la lèvre et nécessité une suture. En tout 9 morsures. Ces blessures ont été lavées à l'alcool camphré six heures après qu'elles ont été faites. Le chien mordeur, reconnu enragé par M. Philippe, vétérinaire, avait été mordu par un chien inconnu, poursuivi comme enragé.

Ray a été mis en traitement 4 jours après les morsures. Il a été traité du 27 décembre au 6 janvier. Pris de rage il a succombé le 4 mars.

2° Mahout, 8 ans, à Levallois-Perret, mordu le 31 janvier 1888, à l'aile gauche du nez et à la paupière inférieure gauche. Ces deux blessures ont saigné. Aucune cautérisation. Le chien mordeur a été réconnu enragé par M. Latour, vétérinaire.

Mahout a été traité du 3 au 24 février. Le 6 mars, 1889, l'enfant se plaint de mal de gorge. Un médecin appelé constate une angine. Le 8 mars, l'aérophobie et l'hydrophobie apparaissent et la mort survient le 9 février.

*Personnes prises de rage dans le cours du traitement.*

Arenés, 50 ans, de Soler, mordu à la lèvre supérieure, un peu à gauche, le 26 janvier. La lèvre est traversée dans toute son épaisseur par deux blessures qui ont beaucoup saigné. Aucune cautérisation.

Arenés a été mis en traitement le 29 janvier. Le 18 février, il paraît triste et abattu. Le changement survenu dans son attitude est surprenant, il ne parle presque plus. Le 20 il se plaint de mal de tête; le 22 il est très excité, dans la journée il a de la difficulté à boire; il est conduit à l'Hôtel-Dieu.

Tous les symptômes de la rage convulsive s'accusent de plus en plus; il meurt le 24 février. *(Bull. méd.)*

Congrès international d'odontologie. — La Société odontologique de France et la Société d'odontologie de Paris se sont réunies pour organiser en 1889, à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle, un Congrès international dans lequel seront discutées les diverses questions intéressant l'art dentaire.

Le Ministre du commerce et de l'industrie a nommé un Comité d'organisation, qui a pour président M. David, pour vice-présidents MM. Brasseur et Saussine, et pour secrégénéral M. Pourchet.

Concours de chirurgie de Saint-Lazare. — Ce concours s'est terminé par la nomination de MM. Jullien et Verchère, comme chirurgiens titulaires, et celle de M. Ozenne, comme chirurgien adjoint.

Voici quelles ont été les questions traitées :

1° Épreuve orale générale. — Séméiologie et traitement de la métrorrhagie. — Diagnostic des rétrécissements du rectum;

2° Épreuve orale (clinique spéciale.) — Diagnostic du chancre mou et de ses complications;

3° Épreuve, écrite. — Lésions syphilitiques des amygdales;

4° Examen de deux malades;

5° Épreuve de médecine opératoire. — Désarticulation du coude;

6° Épreuve de titres.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Une enquête sur la paternité.

*Colles? Baumès?*

Pour réfuter complètement ici la spécieuse interprétation des observations de Colles, par laquelle M. Morel-Lavallée prétend déposséder leur auteur de la *loi* qui porte son nom, il nous faudrait reproduire les *huit pages serrées* par lesquelles nous répondîmes, il y a six ans, dans un journal spécial, à une argumentation toute semblable (1).

Que les lecteurs de l'*Union médicale* se rassurent. Sans abdiquer notre droit, nous pouvons, cette fois, le faire valoir de plus expéditive, quoique non moins péremptoire façon.

Et d'abord, le point qui intéresse surtout, qui seul intéresse la pratique. Quel qu'en soit le père, cette loi est-elle juste? Le fait physiologique qu'elle énonce est-il exact? Oui : des deux faits de Caspary et de Neumann, faits bien connus et rappelés par M. Morel-Lavallée, il ressort positivement, il est cliniquement et expérimentalement établi :

Qu'une femme qui a, de son mari syphilitique, un enfant syphilitique, n'ayant jamais eu elle-même le moindre accident suspect, peut allaiter son enfant sans en subir aucun dommage; tandis que les plaques muqueuses des lèvres de cet enfant ont donné un chancre syphilitique à sa grand'mère, qui l'embrasse. La mère, inoculée ensuite itérativement avec la sécrétion de chancre et de papules secondaires, n'a rien eu à la suite de ces inoculations.

En regard de cette précieuse acquisition, telle que les progrès, les moyens de contrôle exigés et fournis par la science moderne permettent de la formuler ici, veut-on savoir ce que, il y a quarante ans, la simple observation avait suggéré à un homme de bon sens, deux ans avant la promulgation par Ricord du dogme de l'unicité? Lisez, à son tour, la proposition de Colles :

« Jamais un enfant infecté héréditairement (*from its parents*) né d'une mère qui n'a pas le moindre symptôme vénérien apparent, n'infecte sa mère, même quoiqu'il la tette ayant des ulcères vénériens sur les lèvres et la langue, tandis qu'il pourra infecter une nourrice étrangère saine. »

A la différence près de la contre-épreuve expérimentale qui est venue compléter la démonstration du dogme, la similitude peut-elle être plus grande entre le texte des modernes et le texte primitif du patriarche de Dublin (Abraham Colles)?

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1883, p. 79.

Un point de conteste toutefois subsiste entre les commentateurs : il est relatif à l'état de la mère. « Au moment de la naissance de son enfant, écrit Colles, « is without any obvious venereal symptoms », c'est-à-dire : elle sans aucuns symptômes vénériens apparents. »

Or, quelque littérale que soit cette traduction, elle a permis deux interprétations différentes. Pour M. Behrend et M. Morel-Lavallée, ces mères qu'on voit exemptes de symptômes ne sont saines qu'en apparence, que pour le moment; en réalité, ce sont des femmes qui ont eu la vérole.

Pour nous, au contraire, nous en tenant strictement aux termes du texte l'absence de symptômes *patents*, nous ferait tout au plus admettre, chez ces femmes, l'existence d'une syphilis *latente;* de cet état de non-inoculabilité de l'organisme, état dont les derniers travaux sur l'atténuation des virus démontrent de plus en plus la réalité. Et les deux observations ci-dessus de Caspary et de Neumann, dans lesquelles est garantie l'absence, à toute date, de tout symptôme syphilitique chez des femmes devenues par la grossesse réfractaires à l'inoculation ainsi qu'à la contagion syphilitique, ces observations, disons-nous, suffisent à prouver que notre interprétation est la seule valable, Car, pourquoi, en somme, ce qui s'est passé, et bien contrôlé, à Könisberg et à Vienne n'aurait-il pas pu avoir lieu à Dublin?

Mais on épluche le texte de Colles sur un autre point. Dans son livre, qui pourrait justement s'intituler : *Mélanges sur la syphilis,* le professeur de Dublin, cinq ou six pages après ce qui a rapport au sujet ci-dessus, traite de l'extension de la syphilis par la voie nourricière, de cette extension si facile, dit-il, dans un pays où bien souvent il n'y a qu'une seule cuillère par ménage. Là, il multiplie les observations; mais toutes observations ayant trait — remarquons-le — à des nourrissons de qui l'auteur dit que la mère avait notoirement eu la syphilis. Et, comme, dans une de ces observations, il note que, tandis qu'une jeune domestique prit la vérole au contact du nourrisson, la mère, elle, « ne souffrit en rien de la maladie de son enfant »; un commentateur s'est trouvé pour en inférer que les deux cas sont identiques; que Colles mentionnant l'immunité de la mère dans la présente narration clinique, comme il l'avait mentionnée dans son énoncé dogmatique ci-dessus, il s'ensuit que, puisque la mère était vérolée dans ce dernier cas, elle l'était, elle devait l'être dans le premier!... Nous n'insisterions pas sur cette argumentation trompe-l'œil si l'on n'avait mis sa fragilité sous le couvert de M. Fournier. Mais c'est au savant professeur lui-même que nous en appelons. Il a, outre l'autorité, l'âge voulu pour rappeler, lui qui a assisté à tant de révolutions, qu'il ne faut juger les hommes qu'à la mesure des idées régnantes au temps où ils écrivaient: savoir, pour Colles, à ce temps où Ricord lui-même pouvait encore, et très logiquement semblait-il alors, invoquer pour prouver la non-contagiosité des lésions secondaires, l'insuccès d'inoculations faites à un syphilitique avec la sécrétion *de ses propres lésions*... Mais passons.

Et passons à *Baumès*. Quelque lugdunophiles qu'on nous suppose, nous voyons quelques difficultés à la substitution si généreusement proposée.

D'abord, Baumès a simplement répété, trois ans après Colles, l'énoncé de Colles, — énoncé qu'il avait bien pu recueillir de la bouche ou dans l'entourage de ce chirurgien, lors d'un voyage scientifique qu'il fit à Londres

en 1835; époque où les idées si originales de Colles, déjà professées par lui, devaient être de notion courante en Angleterre.

« Mais, dit-on, Baumès a le mérite d'avoir spécifié que, dans les cas de mère nourrice restant saine, l'infection de l'enfant provient du *sperme du père.* » — D'accord; mais, dans la bouche de Baumès, ces mots n'impliquent point un choix fait par lui entre la mère et le père comme auteurs de l'infection fœtale; car, pour lui, dans l'acte de conception, il n'y a que le père qui puisse infecter l'enfant (p. 167).

« Mais ajoute-t-on, Baumès, lui, a donné une théorie de cette immunité de la mère » — C'est exact... pas la théorie : oh ! non. — Et cela nous rappelle que Colles a le mérite de n'en avoir point donné. Mais voyons celle de Baumès : « Il n'y a pas lieu de s'en étonner, dit-il (de l'immunité de la mère), car dès le commencement de la gestation, le sang de la mère et celui de l'enfant sont confondus; ils n'en font pour ainsi dire qu'un... » Fusion bien réelle, par laquelle on comprendrait fort bien que l'un de ces deux êtres ayant la syphilis, l'autre l'ait aussi ; mais, qui explique moins clairement, ce nous semble, comment l'un l'ayant, l'autre en est exempt (1).

« Mais, insiste-t-on, Baumès, lui, cite à l'appui du dogme des observations détaillées. » C'est encore vrai. Il y a deux observations. Parlons en. Deux mères, dans lesdites conditions, nourrirent l'une cinq, l'autre deux enfants « sans jamais rien prendre d'aucun de leurs nourrissons. » Sans rien prendre ! Oh ! nous le croyons, car de ces sept enfants, quatre n'eurent que des caries osseuses, gibbosités, engorgements glandulaires, phthisie pulmonaire ; et sur les trois autres, qui offrirent des lésions syphilitiques, pas un — vous lisez bien, et nous avons bien lu — pas un n'en eut à la bouche. (Pages de 177 à 185). — Notons à ce sujet, que l'autre *père*, celui qu'on veut déposséder, le père Abraham ne manque pas une fois de préciser que la mère ne prend rien de son nourrisson, « although its mouth be ulcerated... even though she suckle it while it has venereal ulcers of the lips and tongue » quoique la bouche de l'enfant soit ulcérée... quoiqu'elle l'allaite pendant qu'il a des ulcères vénériens sur les lèvres et la langue. »

Ainsi réduit à sa juste expression, ainsi déshabillé sous cette lumière aveuglante, que reste-t-il de Baumès ? Un parfait disciple de Lordat, un théoricien ingénieux, qui, dans d'autres circonstances a mieux rencontré, mais qui, en l'espèce, n'a pas même la valeur d'un de ces pères dont la situation, quant à l'état civil, est définie par l'adage juridique latin.

P. DIDAY. A. DOYON.

---

(1) Ne reprochons point à Baumès cette manière, dirons-nous, de raisonner : c'était le propre de l'Ecole célèbre sans doute, mais surtout accomodante en matière de dialectique d'où il sortait. Qu'on en juge par ce passage de sa théorie pathogénique de la syphilis : « D'après ce que nous avons établi, la diathèse syphilitique ne pouvant être conçue que comme une disposition morbide, une manière d'être du système nerveux nutritif, de quelques solides, le type syphilitique du sang ne peut être lui-même dû qu'à l'action exercée sur ce liquide par le système nerveux et les solides dans lesquels gît la diathèse ; car, comme nous l'avons également observé, il y a réciprocité nécessaire entre le sang et les solides, les solides et le sang ; et si ce dernier liquide, dans le principe, a été le premier dépositaire du virus qu'il a transmis aux solides, c'est sur ceux-ci seulement qu'est restée gravée l'impression produite par ce virus. Cette impression, qui, fortement sentie et plus ou moins longtemps gardée, constitue, à proprement parler, le mode, la diathèse syphilitique, réfléchit à son tour, et entretient dans le sang et quelques liquides qui en émanent, un mode semblable. C'est alors que... » (Page 166.)

## CORRESPONDANCE

### Sur l'origine du tétanos.

Saint-Jean-de-Luz (Basses-Pyrénées), 1er avril 1889.

Monsieur le rédacteur en chef,

J'avais cru devoir vous signaler — et, en le publiant dans le numéro du 24 juillet dernier de l'*Union médicale*, vous aviez bien voulu m'en remercier — un cas de tétanos traumatique survenu, en 1881, au large, sur l'océan Pacifique, à bord du cuirassé la *Triomphante*, en de telles conditions qu'il m'avait semblé apporter, sinon la preuve absolue, une bien grande probabilité du moins, que cette *névrose pouvait naître en dehors de la dépendance équine* que l'on tendait à lui reconnaître.

Les 450 faits recueillis depuis trois ans par M. Verneuil, interprétés longuement par un maître tel que lui, constituent désormais, en faveur de cette origine discutée, un document de nature à décourager la contestation; et, malgré toute la valeur que j'attribuais au cas jugé contraire de la *Triomphante*, dès lors, moi-même n'avais-je pressenti l'objection que traduit en ces termes le Bulletin du 30 mars de votre journal : « Si la relation entre le cheval malade et l'homme tétanisé n'a pas toujours été trouvée, c'est que cette relation est loin d'être directe et que le virus prend des voies détournées et multiples pour arriver de l'animal à l'homme? » Ne l'avais-je pressentie en acceptant qu'à l'extrême rigueur les bœufs, par exemple, embarqués à nos relâches, avaient pu introduire à bord l'élément, quel qu'il soit, de la transmission tétanique, après s'être trouvés, à terre, sous l'influence du cheval ou de ses accessoires, parmi lesquels il nous faut compter aujourd'hui le fumier, la terre salie par les déjections chevalines, le fourrage, etc., etc.?

Néanmoins, dominé par l'impression que, dans le cas particulier de la *Triomphante*, cette influence a dû faire défaut, je conçois la pensée, que vous me permettrez de vous soumettre, que la *recherche bien conduite d'un fait très simple* pourrait nous fournir la *preuve* — irrécusable, cette fois, je l'estime — que le *tétanos peut reconnaître une provenance autre que celle du cheval.* Ce fait manquant, la théorie de l'origine équine s'en renforcerait, au contraire, d'autant.

Je m'explique.

Une maladie à symptomatologie aussi tranchée et constante, de gravité si grande, aussi faite, à tous égards, pour frapper l'esprit, pour fixer l'attention des moins impressionnables, doit avoir certainement, dans les idiomes de la Polynésie et de la Papouasie, régions où elle serait relativement commune, un *nom particulier*. Il s'agirait de vérifier si ce *nom spécial*, désignant nettement *cette chose si distincte*, existait en quelque île du Grand Océan *avant qu'y arrivât* (et pour quelques-unes cette arrivée ne date pas encore de longtemps), *avant qu'y arrivât* l'Européen, lequel y a introduit ensuite le cheval, introduction récente et pas généralisée, de nos jours encore, à toutes les îles si largement éparpillées qu'habitent les races canaque et papoue. Cette vérification me paraît d'autant plus efficacement réalisable que la tradition populaire (je l'ai appris, sur place, au moins à Taïti et aux Marquises) est loin d'être demeurée indifférente à la question des *importations morbides*, et qu'elle sait très bien, du sein de populations qui n'ont eu que trop à souffrir de celles-ci, rendre l'*Européen responsable* de certains fléaux, la variole, par exemple.

Cette constatation ne tentera-t-elle pas, au bénéfice de la satisfaction scientifique, la curiosité de quelque médecin navigateur ou de quelque missionnaire établi au milieu de ces races?

Vous voudrez bien juger, Monsieur le rédacteur en chef, s'il y a lieu d'en exprimer le vœu par la voie de l'*Union médicale*.

Veuillez agréer, etc.

Dr J. GAILHARD.

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement de la phthisie pulmonaire par la respiration suboxygénée**, par M. le docteur Valenzuela, médecin des hôpitaux de Madrid. — L'idée de l'application de cette respiration suboxygénée a été suggérée à l'auteur par deux faits principaux : 1° l'influence favorable des grandes hauteurs sur la marche de la tuberculose pulmonaire; 2° l'efficacité de cette respiration suboxygénée dans la guérison de beaucoup de maladies non tuberculeuses de l'appareil respiratoire.

D'après les statistiques que l'auteur a faites en Espagne, la mortalité pour la tuberculose est de 20 p. 100 dans les provinces dont l'altitude est inférieure à 100 mètres au-dessus du niveau de la mer. Elle tombe à 10 ou 12 p. 100 à 500 mètres et à 1 ou 2 p. 100 à 1,000 mètres. Dans les localités qui dépassent 1,200 mètres, la tuberculose est tout à fait inconnue en Espagne. Cette influence ne peut être attribuée au climat, qui est extrêmement variable à ces hauteurs, ni à la sécheresse de l'air qu'on ne saurait trouver dans nombre de villages très humides des Pyrénées. Enfin, on ne peut invoquer l'impuissance des bacilles à cette altitude, puisque M. Valenzuela en a cultivé à Avila, à 1,200 mètres, sans qu'ils aient perdu leur activité pathogène. A 2,000 mètres au-dessus du niveau de la mer, il a rencontré le paludisme, la diphthérie, la variole, le typhus, la coqueluche, la pneumonie et la dysenterie, là où on ne connaît point la phthisie pulmonaire.

Il ne reste, d'après l'auteur, d'autre explication de cet état de choses que la raréfaction de l'air pour faire comprendre l'immunité des grandes altitudes. Reste à savoir si c'est un fait physique ou chimique, si cette propriété est due à un poids spécifique moindre de l'air ou à une moindre quantité d'oxygène. C'est pour cette dernière hypothèse qu'il se prononce.

L'air dont la proportion centésimale d'oxygène a été réduite à 17 p. 100 excite les mouvements respiratoires, le développement du thorax et augmente les quantités d'urée et d'acide carbonique éliminées; d'autre part, l'altitude de 1,700 mètres produit les mêmes effets. L'air suboxygéné à 16 p. 100, et surtout à 12 p. 100, active extraordinairement la respiration et la circulation, et diminue la température, la sensibilité et l'excitabilité réflexe; ce dernier nous met dans les mêmes conditions qu'une altitude de 4,600 mètres.

Dans la pratique, on peut, pour obtenir ces résultats, ou bien raréfier l'air, ce qui présente des inconvénients nombreux lorsqu'il s'agit de ménager les transitions d'une pression à une autre, ou, mieux, diminuer la proportion d'oxygène dans l'air tout en conservant la pression normale. M. Valenzuela obtient cette soustraction d'oxygène par l'intermédiaire du malade qui se fabrique lui-même un air suboxygéné en respirant dans un espace confiné de capacité connue. L'acide carbonique est soustrait par un alcali caustique, la vapeur d'eau se condense par refroidissement et entraîne, prétend l'auteur, les principes volatils. Il emploie un appareil en porcelaine contenant douze litres et un ballon de caoutchouc qui emmagasine l'air expiré. Comme au bout de trois minutes l'air ayant perdu tout son oxygène serait complètement irrespirable, un système de valvules permet un renouvellement partiel de l'air. La consommation d'oxygène par le malade continuant, il s'établit une proportion centésimale d'oxygène fixe, inférieure à celle de l'air extérieur. Le diamètre de ces valvules permet d'obtenir de l'air suboxygéné contenant respectivement 17, 16 et 12 parties d'oxygène p. 100.

Depuis huit ans, l'auteur emploie cette méthode thérapeutique dans son laboratoire et, depuis quatre ans, dans sa clientèle; elle est d'une innocuité absolue : c'est, dit-il, une imitation de l'air raréfié naturel que l'on respire dans les hauteurs. Ce traitement doit être suivi pendant deux mois au minimum, sans interruption, et à raison de deux heures par jour en deux ou plusieurs séances. L'appareil que propose le docteur Valenzuela s'est généralisé en Espagne, et il estime à plus de 500 les malades qui s'en servent; dans les cas de tuberculose au début, la guérison est la règle générale. Sur 1,000 cas pris au hasard, il y a eu 748 résultats favorables.

Dès le début du traitement, les suffocations disparaissent, le poids augmente, le périmètre de la poitrine s'accroît, l'acide urique diminue, l'urée augmente.

A la période de consomption, la respiration suboxygénée fait disparaître les sueurs nocturnes et amène parfois la guérison.

La respiration suboxygénée n'a pas d'action sur le bacille de la tuberculose; ses propriétés curatives se traduisent par une modification du sujet qui devient réfractaire aux progrès des bacilles.

L'auteur a enfin combiné la respiration suboxygénée avec l'inhalation de principes nécrophytiques. Il a expérimenté sur plusieurs malades l'acide fluorhydrique, l'acide sulfureux, le chlore, l'iode, l'acide nitrique, l'iodoforme; les deux premiers seuls ont augmenté l'efficacité de la respiration suboxygénée. (*Congrès pour l'étude de la tuberculose*, Paris, 1888.) — Dr Ph. L.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 avril. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Traitement des rétrodéviations utérines. — Traitement des kystes hydatiques.

M. Bouilly prend la défense des pessaires. Il est évident que personne ne peut songer à préconiser les anciens pessaires et qu'il ne veut parler que des instruments de Hodge, de Sims, que l'on peut faire sur mesure selon la dimension des parties. Ceux-là, quand ils sont bien appliqués, ne peuvent être regardés comme dangereux.

Il faut traiter les rétrodéviations simples, mobiles même si elles n'entraînent que peu d'inconvénients, car elles peuvent être suivies de chute de l'utérus. Étant admis qu'il faut agir, on n'a à choisir qu'entre l'opération d'Alexander et l'hystéropexie. Cette dernière doit être réservée aux cas où il y a des affections des annexes, et, l'Alexander échouant, souvent on n'a donc plus à recourir qu'aux pessaires.

M. Bouilly a appliqué le pessaire chez 80 femmes à rétrodéviation mobile, la déviation étant redressée soit par le cathéter, soit par le doigt ou par toute autre méthode. Le soulagement est aussitôt manifeste, et si le pessaire est laissé en place assez longtemps, six mois, par exemple, la déviation ne se reproduit pas. Les complications, s'il en arrive, tiennent à ce que le chirurgien n'a pas fait un diagnostic complet, n'a pas reconnu une lésion des annexes. Dans un seul cas, M. Bouilly a vu se produire une ulcération.

M. Pozzi a souvent vu le pessaire faire disparaître, quand il est bien appliqué, les troubles nerveux divers dont souffrent souvent les femmes atteintes de rétrodéviations; il faut pour l'employer que l'utérus soit sain. D'autre part, il est assez souvent plus difficile de bien placer un pessaire que de fixer l'utérus par la laparotomie.

M. Terrier regarde les pessaires comme étant bien rarement indiqués. Il a de la répugnance à rapporter à l'utérus les troubles gastriques divers que l'on regarde comme étant causés par ses affections. En tous cas, l'application d'un anneau dans le vagin ne doit guère avoir d'influence sur eux. Il s'agit peut-être là de phénomènes de suggestion, et cette explication en vaut bien une autre.

— M. Quénu rapporte une observation de kyste de la rate traité par l'incision transpleurale.

Il s'agit d'un homme de 37 ans, très vigoureux, ayant, dans le flanc gauche, une tumeur fluctuante qui donna deux litres et demi de liquide caractéristique à la première ponction. Bientôt survint une vomique hydatique et enfin des séries de vomiques purulentes. L'amaigrissement devint considérable. La tumeur, à ce moment, donnait des bruits amphoriques. L'opération est faite le 24 avril 1888. Incision, résection d'une côte (la neuvième), ponction aspiratrice; on tombe dans une première cavité qu'on prend pour la plèvre; ce n'était qu'une petite cavité, diverticule du kyste principal. On entre alors dans la poche et l'on s'aperçoit qu'en réalité on est dans la cavité abdominale. Cette

poche est très adhérente, solide. Résection de la côte située au-dessus (la huitième), confection d'un volet cutanéo-pleural, maintenu soulevé à l'aide de pinces. La cavité du kyste est immense; elle est du volume d'une tête d'enfant; elle est remplie de caillots, d'hydatides. Des lavages boriqués déterminent une vomique, comme dans un cas de M. Segond, en raison de la communication avec les bronches, et l'on n'insiste pas davantage. Deux drains sont placés dans la poche kystique. La cavité pleurale, en réalité, n'a pas été ouverte. L'opération a duré une heure un quart. Quelques vomiques purulentes après l'opération; mais deux mois et demi après, état très bon; embonpoint notable; la cavité n'a plus que 128 centimètres. Songeant à une opération complémentaire, M. Quénu attend cependant; le 14 août 1888, la fistule n'a plus que 1 millimètre 1/2, le thorax est aplati, plus de bruits cavitaires. Cinq mois après l'opération, ce kyste est fermé et la guérison complète.

M. Richelot a déjà soutenu, en 1885, la supériorité de l'incision franche du péritoine sur la méthode de Récamier et celle du gros trocart. Malgré les perfectionnements que M. Debove a apportés récemment à l'emploi des ponctions avec injections de sublimé au 1/1000e, M. Richelot rejette toujours ce mode de traitement dans les kystes suppurés, dans les kystes vivants à hydatides multiples, mais la croit bonne pour les kystes simples, toutes réserves faites sur la possibilité de certains accidents inflammatoires ou gangréneux.

Malheureusement il est bien souvent difficile de savoir si un kyste est simple et, si l'on reconnaît sans difficulté la présence de la tumeur, il n'en est pas de même pour sa forme et son volume. Même après l'évacuation, certains points peuvent rester dans le doute, et les surprises peuvent être fréquentes, surtout si l'on emploie la ponction qui est le mode de traitement le plus aveugle. Aussi, M. Richelot le répète, la meilleure méthode est l'incision franche du péritoine qui permet d'explorer le kyste et de le traiter en connaissance de cause.

La grande laparotomie est loin d'être toujours nécessaire et une petite incision suffit souvent. Quand on tombe sur des adhérences déjà existantes et que la tumeur n'est pas trop grosse, on peut se borner à l'ouvrir sans chercher à l'enlever; le gros trocart n'en fait guère moins et l'incision permet de voir ce que l'on fait et d'évacuer toutes les hydatiques, tous les liquides, et de nettoyer complètement la poche.

L'incision franche peut permettre d'enlever complètement un kyste saillant, de l'atteindre dans l'épaisseur du foie et de faire la suture de tout à l'ouverture de l'abdomen. On protège ainsi complètement le péritoine contre l'effusion du liquide et le traitement antiseptique est facile sur un kyste réduit au plus petit volume.

M. Richelot rapporte deux faits où l'incision franche a été nécessaire pour faire le diagnostic.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une jeune fille de 20 ans, atteinte d'une tumeur très mobile paraissant indépendante du foie, si bien qu'on songea successivement à un rein flottant, à une tumeur de la vésicule biliaire, etc. Craignant les inconvénients de la ponction, M. Richelot fit l'incision franche le 19 avril 1888 et tomba sur une masse de tissu hépatique, une sorte de lobe flottant du foie surnuméraire, tenant à l'organe par un large pédicule; c'est ce lobe qui avait simulé la tumeur; comme il paraissait un peu fluctuant, M. Richelot le ponctionna; il sortit du liquide hydatique. Ouverture du *kyste inclus dans ce lobe* et suture du foie, après extraction de la membrane mère. Guérison rapide. Le deuxième cas concernait une femme de 25 ans, atteinte d'une tumeur lisse, dure, peu mobile et profonde; l'intestin *était en avant* de la tumeur qu'on refoulait facilement. Diagnostic très difficile et maladie datant de onze ans. Opération le 20 avril; M. Richelot tomba sur un kyste puriforme, à parois épaisses à moitié énuclées du foie. Il le réséqua et il ne resta plus après l'opération qu'un petit cul-de-sac; guérison rapide.

Dans ces deux cas, il est certain que la ponction simple aurait été insuffisante et peut-être même dangereuse.

L'incision est la meilleure méthode de traitement, elle permet seule de faire la résection du kyste quand elle est possible, et c'est là le seul vrai traitement curatif.

M. Delens, en 1874, a ponctionné un kyste dont il a retiré trois litres de liquide; au bout de cinq ans, la tumeur reparut et reprit bientôt son volume primitif. Une nouvelle ponction ne donne issue qu'à très peu de liquide. M. Delens n'a pu suivre son malade.

M. Bouilly a fait la laparotomie au malade dont vient de parler M. Delens ; il a trouvé un kyste énorme renfermant beaucoup d'hydatides; la guérison a été complète, mais il s'est produit une éventration au niveau de la cicatrice.

M. Routier a ponctionné un gros kyste du foie qui avait débuté vingt ans auparavant chez un homme de 44 ans. La poche était nettement fluctuante et on se décida à ponctionner à la suite d'accidents douloureux et fébriles. La ponction avec le gros trocart ne donna rien et on dut employer l'opération avec une seringue à hydrocèle pour retirer un magma épais et blanchâtre. Le malade succomba à une pneumonie.

M. Tillaux demande à M. Richelot s'il a recherché ce frémissement hydatique sur sa deuxième malade.

M. Richelot ne l'a pas cherché.

M. Pozzi fait remarquer que l'on a donné la présence du côlon au devant d'une tumeur du flanc droit comme un signe pathognomonique de l'origine rénale de la tumeur. Le fait de M. Richelot vient à l'encontre de cette opinion.

M. Monod a opéré trois cas de kystes hydatiques. Dans un d'eux, on méconnut, malgré l'incision, l'existence d'une petite poche située en arrière de la première; le malade mourut après quelque temps. Dans le second cas, la guérison a été complète. Le troisième se rapporte à une petite fille de 7 ans, chez laquelle il incisa un kyste très volumineux. Depuis cinq mois il persiste une fistule de laquelle il a pu dernièrement retirer un fragment de tissu ayant subi la dégénérescence calcaire. C'est peut-être cela qui entretient la suppuration.

M. Marchand a opéré un homme de 68 ans chez lequel, quarante ans auparavant, Roux et Blandin avaient diagnostiqué un kyste hydatique. La tumeur avait presque disparu lorsque se produisit au niveau de l'appendice xyphoïde une tumeur de la grosseur d'une orange, molle et réductible. Après une ponction blanche, M. Marchand fit une incision de huit centimètres de long et trouva un kyste qu'il ne put réséquer à cause des adhérences et qui siégeait entre le foie et le diaphragme. La guérison fut obtenue en huit mois.

M. Reclus a opéré deux kystes du foie présentant des particularités un peu spéciales. Chez une jeune fille de 19 ans qui avait aussi été soignée pour une pleurésie purulente, il trouva dans la tumeur un fragment de tube de caoutchouc de 15 centimètres, et constata une hypérostose énorme entre la neuvième et la dixième côte. Dans l'autre cas, il s'agissait d'un kyste de la face convexe recouvert d'une épaisseur de 2 centimètres de tissu hépatique. M. Reclus a eu beaucoup de peine à empêcher le liquide de tomber dans le péritoine.

M. Segond n'a rencontré le frémissement hydatique qu'une fois sur 12 cas. La sonorité périnéale est assez fréquente.

L'incision large est supérieure aux autres modes de traitement.

L'opération en un temps est la meilleure et doit être employée pour les kystes suppurés; s'il n'y a pas de suppuration, l'ouverture en deux temps est à la rigueur possible. Souvent les ponctions et les injections ne donnent qu'une guérison apparente. Deux fois M. Segond a eu des fistules persistantes.

— M. Lucas-Championnière fait un rapport sur un travail de M. Tuffier, intitulé : *Ectopie testiculaire inguinale, traitement par les tractions, le massage du cordon et la célorrhaphie.*

Le testicule est fixé dans les bourses par quelques points de suture au catgut passant à travers l'albuginée. M. Lucas-Championnière a été le premier à pratiquer cette opération qui ne doit être faite qu'avec de très jeunes enfants.

M. Pozzi rapporte un cas de taille hypogastrique par un calcul de 8 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Il a fait la suture complète de la vessie par deux plaies de suture et appliqué un drain pré-vésical. Le cathétérisme a été pratiqué toutes les trois heures. Guérison complète.

M. Segond rappelle que le premier cas de suture primitive de la vessie en France appartient à M. Lucas-Championnière.

— M. Quénu montre une tumeur de la trompe qui est un produit de grossesse tubaire.

— M. Th. Anger présense un malade atteint d'une tumeur de l'aisselle qu'il considère comme une adéno-lymphocèle.

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 12 avril 1889. — Présidence de M. Cadet de Gassicourt.

Sommaire : *Syringo-myélie. — Traitement de la paralysie agitante et de douleurs névralgiques dentaires d'origine centrale par l'emploi des miroirs rotatifs. — Embryocardie. — Onomatomanie.*

M. Déjérine prend occasion du procès-verbal pour critiquer l'assimilation des cas de myélite cavitaire, publiés par M. Joffroy dans la dernière séance, à la syringo-myélie. Dans celle-ci le diagnostic est établi par l'existence d'une dissociation des divers modes de la sensibilité. M. Joffroy a cité des cas d'atrophie plus ou moins complexes, sans troubles de la sensibilité. Quand les symptômes de la syringo-myélie existent, c'est toujours à un gliôme central de la moelle et non à de la myélite chronique qu'on a affaire.

M. Joffroy ne nie pas que la dissociation des diverses sensibilités soit importante au point de vue du diagnostic, mais il n'en est pas moins vrai qu'il a trouvé les lésions de la syringo-myélie chez un sujet qui n'avait pas eu de son vivant les troubles de la sensibilité réputés caractéristiques.

M. Rendu se demande si le malade que M. Luys a dit avoir guéri d'une paralysie agitante par les miroirs rotatifs n'était pas un hystérique. Il existe, en effet, une forme particulière d'hystérie dans laquelle le tremblement est le symptôme prédominant.

Dans un cas de Westphal, le diagnostic avait été sclérose en plaques; le malade succombe à une maladie intercurrente; on ne trouve, à l'autopsie, aucune lésion de la moelle.

M. Rendu a observé deux cas analogues. Il y a six ou sept ans, quand on ne connaissait pas encore l'hystérie mâle, il crut à une sclérose en plaques chez un homme dont le tremblement disparut après quelques douches et un peu de bromure.

Il observe un homme de 38 ans, d'existence accidentée, qui présente avec tous les stigmates de l'hystérie un tremblement qu'exagèrent les mouvements volontaires : ce tremblement s'est montré à la suite d'une attaque apoplectiforme sans paralysie.

Un malade, considéré par Lasègue comme atteint de tumeur cérébrale à l'époque où on ne connaissait pas l'hystérie mâle, a un tremblement rhythmique des membres supérieurs et du cou. Tous les médecins qui le voient portent d'emblée le diagnostic de paralysie agitante. Mais il a tous les stigmates de l'hystérie.

Avant d'affirmer la guérison d'une paralysie agitante ou d'une sclérose en plaques, il y a donc lieu de songer à la possibilité de cette variété d'hystérie avec tremblement.

M. Luys réplique qu'on abuse vraiment de l'hystérie mâle, comme de la sclérose en plaques, et que le malade dont il a publié l'observation présentait tous les signes classiques de la paralysie agitante.

— M. Luys vient d'appliquer la même thérapeutique — c'est-à-dire la fixation de miroirs rotatifs — à un cas de douleurs névralgiques dentaires, d'origine centrale. Le malade, âgé de 35 ans, devenu anémique après une fièvre typhoïde il y a neuf ans, a souffert depuis lors de céphalalgie avec violentes douleurs de dents sans carie, insomnie,

excitation cérébrale, dépérissement par entrave à la mastication; échec de tous les traitements des névralgies, y compris l'avulsion, le limage des dents et la section des nerfs. Le malade songeait au suicide. M. Luys pensa qu'il pouvait s'agir d'un début de paralysie générale avec éréthisme de la base de l'encéphale. Après huitséances de fixation des miroirs rotatifs pendant vingt à trente minutes, amélioration notable, qui s'est accentuée depuis. Outre les douleurs dentaires, le traitement a fait disparaître certains autres symptômes : céphalalgie, inégale dilatation des pupilles, embarras de la parole, tremblement et affaiblissement musculaire, qui militaient en faveur de la paralysie générale. M. Luys se demande si la méthode des miroirs rotatifs n'aurait pas quelque efficacité dans la période prodromique de la paralysie générale.

— M. Séglas a communiqué deux cas d'onomatomanie. Dans l'un d'eux, l'hystérie coexistait avec une variété d'onomatomanie qui mériterait le nom d'écholalie mentale.

— M. Huchard étudie le syndrome cardiaque qu'il a désigné sous le nom d'embryocardie ou rhythme fœtal. Les trois phénomènes constitutifs de l'embryocardie sont : la tachycardie, la durée égale des deux silences, la similitude des deux bruits.

Le second bruit devient semblable au premier; car il est affaibli par suite de l'abaissement de la tension artérielle. L'embryocardie reconnaît pour causes l'affaiblissement de la contractilité du cœur par dégénérescence du myocarde (fièvre typhoïde, variole, etc.) et la parésie des vaisseaux périphériques, qui constituent à l'état physiologique un frein vasculaire du cœur.

Le syndrome embryocardie est d'un pronostic très grave. Il procède quelquefois de peu de jours le collapsus et la mort par asphyxie ou syncope. On l'observe non seulement dans la fièvre typhoïde, la scarlatine, la diphthérie, la phthisie aiguë, les pneumonies infectieuses, mais encore à la période cachectique des maladies chroniques, dans l'asystolie.

Les indications thérapeutiques sont de relever la force contractile du cœur et celle des vaisseaux. La caféine à la dose de 80 centigrammes à 2 gr. 50 par jour en 4 à 10 injections sous-cutanées convient comme tonique du cœur et diurétique, l'ergotine ou l'ergotinine (4 ou 5 injections par jour) réussit à soutenir la contractilité des petits vaisseaux.

M. Labbé critique le néologisme « embryocardie »; lorsqu'on entend les bruits du cœur, le produit de conception n'est plus un embryon, mais un fœtus.

Il n'a pas obtenu, avec la caféine, même à 60 et 80 centigrammes par jour, l'action diurétique dont parle M. Huchard; quant aux doses plus élevées, si elles sont absorbées, peut-être sont-elles dangereuses chez les typhiques.

M. Huchard répond que M. Labbé n'a pas obtenu de résultats avec la caféine parce qu'il n'a pas élevé assez les doses. 2 à 3 grammes par jour, que M. Huchard a employés dans beaucoup de fièvres typhoïdes et d'états adynamiques, n'ont jamais causé d'accidents.

M. Hallopeau redoute les inconvénients que d'aussi nombreuses injections de caféine doivent avoir pour la peau. L'ergot de seigle est un médicament qui s'adresse plutôt au cœur qu'aux artères.

M. Huchard déclare les injections de caféine moins douloureuses et moins irritantes que celles d'éther. Les seuls accidents cutanés qu'elles puissent déterminer sont quelques nodosités ou abcès. Les avantages qu'elles présentent compensent amplement ces inconvénients. L'ergot de seigle n'est pas un médicament cardiaque; c'est essentiellement un médicament artériel, et son influence sur le cœur ne s'exerce que secondairement par suite des variations dans la tension artérielle.

## FORMULAIRE

Traitement du coup de soleil. — H. Washington.

Porter le malade à l'air libre, la tête légèrement élevée. Après l'avoir complètement

débarrassé de ses vêtements, on pratique des affusions générales avec de l'eau froide, jusqu'à ce que la température soit descendue à son degré normal. Lorsque le malade revient à lui, on l'essuie en le frottant légèrement; puis on le met au lit, en le couvrant seulement d'un drap. On lui fait prendre des aliments liquides, et si cela est nécessaire, on lui prescrit un laxatif salin.

Le Dr Dedrichson préconise l'ergot de seigle, et le Dr Hall, les injections sous-cutanées de quinine. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

ALLEMAGNE. — La Société allemande d'hygiène publique doit tenir cette année son 15e congrès à Strasbourg -u 14 au 17 septembre.

LA CRÉMATION A BERLIN. — Les partisans de la crémation des morts viennent d'adresser au directeur de la police de Berlin une pétition demandant l'autorisation d'incinérer, dans la capitale de la Prusse, les morts dont les familles ne veulent plus du mode d'inhumation en usage. Le directeur de la police ayant opposé un refus à cette demande, les pétitionnaires se sont adressés au président supérieur de la province de Brandebourg sans plus de succès. Ils sont maintenant en instance auprès du ministre de l'intérieur.

(*Bull. méd.*)

## COURRIER

Par décret, en date du 11 avril 1889, M. Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur du corps de santé militaire, est désigné en qualité de commissaire du gouvernement pour assister le ministre de la Guerre à la Chambre des députés et au Sénat, dans la discussion du projet de loi modifiant la loi du 16 mars 1882, sur l'administration de l'armée, et ayant pour but de donner une autonomie complète au service militaire de santé.

— Par arrêté ministériel, en date du 10 avril 1889, Mme Benoît (Victorine), docteur en médecine; et MM. les docteurs Gorodichze et Ch. Richet, professeur à la Faculté de médecine de Paris, sont nommés membres du comité d'organisation du Congrès international de « Œuvres et institutions féminines ».

— L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila en 1833, pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu, dimanche dernier, sa cinquante-sixième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel.

M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 59,432 francs, dont 18,407 fournis par les cotisations, 8,435 par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources, l'Association a secouru cinq sociétaires, cinquante-six veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 43,000 francs, dépassant de 25 p. 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 12,196 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement 1 million; les sociétaires sont au nombre de plus de huit cents.

A la fin de la séance on a procédé aux élections du bureau. Ont été élus ; président, M. Brouardel; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon; secrétaire général, M. Barth; secrétaire général honoraire, M. Orfila.

Si nous saluons, avec la plus vive sympathie, la nomination de M. Barth comme secrétaire général, nous ne saurions laisser M. Orfila entrer dans l'honorariat sans lui exprimer notre vive reconnaissance pour le dévouement avec lequel il a si longtemps dirigé l'œuvre de notre grand bienfaiteur.

Corps de santé de la marine. — M. le médecin de première classe Aubry, du port de Cherbourg, est désigné pour remplacer M. Hervé qui terminera prochainement la période réglementaire d'embarquement.

MM. le médecin de deuxième classe Legendre et les pharmaciens de deuxième classe Spéder et Vignoli sont désignés pour aller servir, les deux premiers, à la Nouvelle-Calédonie et le troisième à Tahiti, en remplacement de MM. Dubois (Épaminondas), Bec et Leray, qui termineront prochainement la période réglementaire de séjour colonial et qui sont rattachés le premier à Cherbourg, le second à Rochefort et le troisième au Tonkin.

M. Duval, médecin de première classe de la marine, est nommé professeur de médecine opératoire et de physiologie à l'École de médecine navale de Rochefort.

M. le pharmacien principal Porte, détaché, hors cadres, à l'administration des colonies, est réintégré dans le service actif du corps de santé de la marine et appelé à servir à la Nouvelle-Calédonie, en remplacement de M. le pharmacien de première classe Perrimond-Tronchet, chargé provisoirement des fonctions du service pharmaceutique à Nouméa.

— M le docteur Chambard est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pierrefeu.

M. le docteur Kéraval est nommé médecin adjoint de l'asile d'aliénés de Ville-Évrard.

Le legs Boucicaut. — Le Conseil municipal, dans une de ses dernières séances, a émis un avis favorable à l'acceptation, par l'Assistance publique, du legs de madame Boucicault.

La testatrice a spécifié, dans ses volontés dernières qu'une somme de 8,000,000 de francs environ serait affectée à la fondation d'un hôpital qui porterait le nom de Boucicaut, qui devrait être construit aussi près que possible des magasins du Bon Marché et qui serait tenu par des sœurs.

A ce sujet, M. Desprès a soumis au Conseil la proposition suivante :

« Le Conseil,

« Considérant que chaque hôpital nouveau créé sur les fonds provenant des libéralités de particuliers grève le budget des hôpitaux de sommes considérables nécessaires à l'entretien des malades,

« Emet le vœu :

« Que la moitié des sommes léguées par Mme Boucicaut soit employée en constructions, l'autre moitié étant réservée et placée pour que les intérêts servent à l'entretien des malades...

« Que l'hôpital Laennec, voisin des magasins du Bon Marché, soit augmenté de constructions nouvelles pour loger 200 ou 250 malades, et que cet hôpital prenne désormais le nom d'hôpital Boucicaut. »

La proposition de M. Desprès a été renvoyée à l'administration.

— MM. les docteurs Neumann et Rochard sont nommés membres des comités d'organisation du Congrès international du repos hebdomadaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Devars (de Barcelonnette).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Hôtel-Dieu. — M. le docteur KIRMISSON.

### Déformation de l'avant-bras droit consécutive à une fracture des deux os. Ostéotomie.

Messieurs,

Le malade dont je veux vous parler aujourd'hui présente une difformité de l'avant-bras consécutive à une fracture des deux os de l'avant-bras à leur partie inférieure.

C'est un homme de 27 ans, entré le 9 mars, et couché salle Saint-Landry, n° 12.

Il y a sept mois bientôt, le 17 août dernier, le malade, qui est peintre en bâtiments, tomba de la hauteur d'un deuxième étage. Il se fit des lésions multiples et graves : d'abord une fracture du bassin à droite, fracture répondant probablement à la variété connue sous le nom de double verticale, avec un trait en avant et un en arrière, près de l'articulation sacro-iliaque. La guérison se fit avec un raccourcissement de 2 centimètres du membre inférieur droit, raccourcissement dû à un peu d'ascension de la moitié du bassin fracturé. Cette fracture du bassin, je la rappelle pour mémoire, ainsi qu'une plaie du front sans importance dont on peut voir la cicatrice, et j'arrive à la fracture de l'avant-bras du côté droit que nous allons étudier en détail.

La fracture était compliquée, car le fragment supérieur du cubitus avait entamé la peau et faisait saillie à l'extérieur; il existait, de plus, une petite plaie à la partie interne du poignet, et on peut voir aujourd'hui la trace de ces lésions sous la forme de deux cicatrices transversales. On fit la réduction de la fracture et le membre, pansé antiseptiquement, fut placé dans un appareil plâtré. La guérison survint au bout de deux mois et le malade alla à Vincennes. Il y resta huit jours à peu près, mais, pendant ce séjour, la consolidation ne parut pas satisfaisante, car on remit le bras dans un appareil plâtré qui, du reste, ne resta que quarante-huit heures en place et ne put servir à rien. Le blessé quitta Vincennes en novembre et, depuis, resta chez lui, incapable de tout travail, par suite de la difformité et des douleurs qui amenaient l'impuissance du membre. Enfin, dimanche dernier, 3 mars, nouvelle chute dans la rue, sur le poignet droit, et, à la suite, exagération des douleurs, de la difformité et de l'impotence fonctionnelle.

Actuellement on remarque, au premier examen, une déformation considérable de l'extrémité inférieure de l'avant-bras. La main, le poignet et toute la partie inférieure de l'avant-bras sont portés sur le côté radial, en

dehors, par conséquent. De plus, à l'union du quart inférieur avec les trois quarts supérieurs, il y a inflexion des deux os, de telle sorte qu'ils forment un angle obtus ouvert en dehors, à sommet dirigé en dedans. Ce sommet répond à une grosse saillie dépendant de la face interne du cubitus, saillie qui s'est exagérée depuis la dernière chute, probablement à la suite d'un certain degré d'ostéo-périostite.

Les rapports des deux os de l'avant-bras sont modifiés : normalement, l'apophyse styloïde du radius descend un peu plus bas que celle du cubitus; chez notre malade, elle est beaucoup au-dessous de cette dernière; le cubitus paraît remonté et est, en réalité, plus court qu'à l'état normal de 1 centimètre. A droite, du sommet de l'olécrâne à l'apophyse styloïde du cubitus, on mesure 26 centimètres: à gauche, 27 centimètres.

Une question très difficile à résoudre est celle de savoir si, actuellement, il y a une solution de continuité du radius, s'il s'est de nouveau fracturé dans la chute récente. Je ne peux donner de réponse absolue. Il m'a semblé, à un certain moment, qu'il y avait de la mobilité anormale et peut-être une légère crépitation au niveau de l'extrémité inférieure de l'os; ensuite, pendant d'autres explorations, je n'ai plus retrouvé ces signes, ce qui tient peut-être à ce que les contractions musculaires immobilisent l'os.

La main est demi-fléchie, dans une position intermédiaire entre l'extension et la flexion complète; les mouvements de pronation et de supination très limités. Le malade ne peut fermer les doigts, et cette gêne des doigts tient surtout à des raideurs articulaires au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes et phalangiennes. Sous l'influence du traumatisme et de l'immobilisation, les articulations ont été atteintes, et il s'y produit des craquements quand on exagère les mouvements. La mobilité est conservée dans l'articulation radio-carpienne, mais y est moins grande qu'à l'état normal. La sensibilité est complètement intacte dans toutes les parties de la main, ce qui indique l'intégrité du nerf médian. Il arrive, en effet, quelquefois que le nerf médian est englobé par le cal ou comprimé par lui; il survient alors des douleurs, de la parésie et des troubles trophiques.

Je n'ai pas ici, Messieurs, à discuter le diagnostic qui s'impose; la déformation est évidente.

Ce que nous devons étudier, ce sont les causes qui ont pu la produire et les moyens d'y remédier.

Les fractures de l'extrémité inférieure du radius peuvent amener la difformité et l'impotence fonctionnelle par plusieurs mécanismes différents :

En premier lieu, les accidents peuvent être causés par le déplacement des fragments. Ce déplacement est presque toujours celui que nous voyons ici, c'est-à-dire qu'il se produit dans le sens antéro-postérieur et dans le sens transversal, la main étant portée vers le bord radial de l'avant-bras; en même temps existe un angle à sommet interne. Ces déformations peuvent tenir à un défaut d'appareil ou à la complication de la fracture. Je suis loin, ici, de vouloir dire que le malade a été mal soigné; on a fait exactement tout ce que l'on pouvait.

Le double déplacement gêne beaucoup le membre, car les tendons qui passent au devant du cal sont soulevés et tendus comme des cordes à violon sur leur chevalet; il en résulte une impotence considérable pour le blessé.

Dans les fractures de l'extrémité inférieure du radius compliquées de plaie, il faut encore tenir grand compte d'une autre circonstance. La cica-

trice est quelquefois très adhérente au cal, et comme les tendons fléchisseurs y sont compris, ces derniers ne peuvent plus jouer dans leur gaine. Le cas s'est présenté chez un jeune homme que j'ai opéré. Dans le cas actuel, il ne semble pas en être ainsi.

Une autre complication tient à l'altération du nerf médian. Vous savez qu'il est situé au côté externe de la gaine des fléchisseurs; or, il arrive quelquefois qu'il se trouve, soit compris dans la cicatrice, soit soulevé en forme de corde à violon; il est alors irrité, comprimé, et il s'ensuit de la parésie et des troubles trophiques.

Enfin, dans un certain nombre de cas, on doit incriminer le traitement, et parmi les complications les plus fréquentes à la suite des fractures du radius, sont les raideurs articulaires des doigts qui résultent de la mauvaise application de l'appareil. Ces raideurs articulaires étaient tellement fréquentes autrefois que plusieurs de nos maîtres les plus éminents avaient renoncé à toute application d'appareils; ils se contentaient de mettre le membre dans une gouttière et de l'envelopper de grands cataplasmes. La difficulté des mouvements que l'on observait était plus ou moins prononcée, mais portait surtout sur les mouvements de flexion et d'extension des doigts. Beaucoup de blessés étaient devenus de véritables infirmes lorsqu'on levait l'appareil, et s'il s'agissait de vieillards ou de rhumatisants, l'infirmité pouvait durer toute la vie. Dernièrement j'ai eu à soigner une dame qui s'était fracturé le radius en tombant dans une cour; on crut à une entorse du poignet; et, malgré cela, l'avant-bras fut placé dans un appareil allant jusqu'au bout des doigts. Eh bien! quand je la vis, il y avait à la fois une difformité du radius et une ankylose des doigts.

Cette complication peut être évitée quand on applique l'appareil avec les précautions convenables. Il ne doit jamais dépasser le pli médian de la main parce que, de cette façon, les doigts peuvent facilement se mouvoir; de plus, le poignet doit être maintenu légèrement relevé sur l'avant-bras par le moyen d'une bande roulée que l'on place dans le creux de la main; enfin l'appareil ne doit jamais rester en place plus de trois semaines. Presque toujours on obtient ainsi d'excellents résultats et on évite les raideurs articulaires.

Comment, maintenant, faut-il traiter les difformités et l'impotence fonctionnelle quand elles sont survenues?

Depuis l'impulsion qu'ont donnée à la chirurgie les nouvelles méthodes de l'antisepsie, on a essayé de parer aux difformités qui suivent les fractures de l'extrémité inférieure du radius par deux moyens : en rompant les os, ostéoclasie; en les sectionnant, ostéotomie.

M. Bouilly (*Bulletins de la Société de chirurgie*, 14 mai 1886) a fait à la Société de chirurgie une intéressante communication sur ces opérations. Il rapporte trois observations de traitement des consolidations vicieuses des fractures de l'extrémité inférieure du radius, et toutes trois sont fort instructives.

La première se rapporte à un petit malade qui eut, à la suite de sa fracture, une saillie angulaire analogue à celle que j'ai décrite au commencement de cette leçon; le nerf médian se trouvait soulevé par cette saillie, et il en était résulté des troubles trophiques et autres entraînant l'impotence fonctionnelle. Le chirurgien fit une incision, découvrit le cal et enleva toute sa partie antérieure. Les résultats furent très avantageux.

Dans les deux autres cas, il y avait seulement de la difformité sans com-

pression du médian. Dans l'un on fit l'ostéoclasie, mais on n'eut pas à s'en louer. L'avant-bras fut, pour ainsi dire, écrasé; il y eut menace de phlegmon, puis, à la suite, synovite adhésive des gaines. C'est à peine si plus tard le malade put recouvrer quelques mouvements.

Le troisième blessé fut traité par l'ostéotomie avec un résultat parfait. L'opération fut facile, sans complications et sans danger. M. Verneuil, qui y assistait, témoigna en sa faveur et déclara que l'on devait rejeter l'ostéoclasie, sauf chez les jeunes sujets où on peut casser l'os avec les mains, faire l'ostéoclasie manuelle. L'instrument doit être regardé comme dangereux, parce que le membre est très grêle, le point d'appui très limité et qu'une force considérable est nécessaire; cette force se concentrant sur un point très étroit, il se produit des dépôts considérables.

M. Bouilly n'est pas le seul chirurgien qui se soit occupé de ces questions. En 1885, M. Duplay publia dans les *Archives de médecine* (avril 1885) un intéressant mémoire sur l'ostéotomie linéaire du radius.

Il rapporte trois observations. Dans l'une il s'agissait d'une courbure rachitique, et, dans les deux autres, de fractures vicieusement consolidées. Les résultats des interventions furent excellents, et M. Verneuil, qui assistait à une des opérations, fut frappé du succès obtenu.

L'ostéotomie doit donc, c'est la conclusion de M. Duplay, être regardée comme la méthode de choix dans le traitement des difformités résultant des fractures de l'extrémité inférieure du radius.

En 1887, un travail fut inséré dans le *Centralbl. fur chirurgie* du 9 avril par le docteur Lesser (de Leipzig). Il relate deux observations. Dans la première, il a fait l'ostéotomie de l'extrémité inférieure du radius chez un garçon de 13 ans; la section de l'os étant faite, l'avant-bras fut mis dans la rectitude et on dut dégager les tendons de leurs adhérences; il y eut donc deux opérations : l'ostéotomie linéaire et le dégagement des tendons.

Le deuxième fait est différent, car il y avait perte des mouvements de pronation et de supination; il arrive, en effet, quelquefois, que le développement énorme du cal ou la fusion osseuse sont la cause de cette perte des mouvements. Lesser rejeta la résection du radius, qui est l'os de soutien de l'avant-bras et de l'articulation du poignet, et fit la résection de la petite tête du cubitus, ce qui permettait d'éviter l'articulation. L'opération fut pratiquée sur un jeune serrurier de 19 ans, et il dut enlever 3 centimètres de l'extrémité inférieure du cubitus. Les résultats furent satisfaisants. La main tomba d'abord un peu en abduction, mais elle se redressa bientôt presque complètement, et les mouvements furent recouvrés d'une façon très suffisante.

Dans le numéro du 4 juin du même recueil, Lauenstein (de Hambourg) rapporte qu'il a pratiqué l'opération de Lesser, c'est-à-dire la résection de la petite tête du cubitus, sur un matelot de 36 ans; les résultats furent bons.

A l'hôpital Broussais, l'année dernière, je suis moi-même intervenu dans un cas de consolidation vicieuse du radius. Il s'agissait d'un petit garçon de 14 ans, apprenti typographe, qui s'était fait une fracture de l'extrémité inférieure du radius avec plaie de la partie antérieure de l'avant-bras; les tendons fléchisseurs étaient devenus adhérents à la cicatrice, ce qui avait amené la suppression presque complète des mouvements de l'annulaire et du médius; la déformation était dans le genre de celle que je vous ai montrée aujourd'hui et le jeune homme dans l'impossibilité de se servir de sa

main. Le 20 août, je pratiquai l'ostéotomie de la partie inférieure du radius. Elle ne suffit pas, et je dus faire une incision pour dégager les tendons; enfin, j'abrasai la partie antérieure du cal; il y eut donc deux opérations pratiquées sur l'os, d'abord l'ostéotomie, ensuite l'enlèvement d'une portion de la partie antérieure de l'os. Les suites furent excellentes et le résultat obtenu fut très avantageux, car l'extension et la flexion des doigts furent recouvrées.

Un mot, avant de finir, sur le manuel opératoire. Duplay, pour éviter les vaisseaux et les nerfs, conseille d'attaquer le radius par la partie antérieure, d'inciser le long du grand palmaire et de sectionner l'os d'avant en arrière. Je suivis ces indications, mais il m'arriva un petit accident : à la suite d'un coup de maillet donné un peu fort, le ciseau passa à la partie postérieure et fit à la peau une petite plaie de 2 à 3 millimètres. Je suis donc plutôt d'avis de sectionner de dehors en dedans, comme l'a conseillé Rohmer (de Nancy).

Je me résumerai en disant que, selon les cas, on pratiquera :

L'ostéotomie du radius pure et simple; l'ostéotomie avec incision pour dégager les tendons ou le nerf médian; quelquefois, en plus, la résection partielle du cal; enfin, pour rendre au malade les mouvements de pronation et de supination, on pourra être conduit à faire la résection de l'extrémité inférieure du cubitus (opération de Lesser).

Notre malade possède encore une partie des mouvements de pronation et de supination; il n'y a donc pas, chez lui, à penser à cette dernière opération, et je ferai l'ostéotomie simple.

*N. B.* — L'ostéotomie a porté sur le radius et le cubitus; le membre a pu être redressé; aujourd'hui les plaies opératoires sont cicatrisées, et tout fait espérer un excellent résultat.

---

## Hôtel-Dieu.

### Anémie traitée par l'eau de la Bourboule.

Nos lecteurs liront avec intérêt l'observation suivante recueillie à l'*Hôtel-Dieu*, dans le service de *M. le docteur Barié* par *M. Fontan*, externe, dans un cas d'*anémie*.

Salle Saint-Raphaël, lit n° 13, Isabelle F..., âgée de 13 ans, sans profession, entrée le 14 avril 1888 :

Un abcès au-dessus de la mamelle gauche consécutif à une lymphangite, et principalement de la gastralgie et de la dyspepsie déterminent la malade à entrer à l'hôpital.

*Antécédents héréditaires.* — Le père de la malade est phthisique, sa tante et son frère le sont également, la mère se porte bien.

*Antécédents particuliers.* — Depuis l'âge de 7 ans jusqu'à celui de 10, la malade a eu des attaques de nerfs, survenant tous les trois ou quatre jours; elles sont d'origine alcoolique, car la malade ayant vécu dans un milieu particulier a contracté l'habitude de boire des liqueurs très fortes.

Depuis l'âge de 9 ans, la malade est atteinte d'un relâchement du sphincter vésical; elle a de l'incontinence d'urine.

Il y a deux mois, lymphangite du bras gauche à la suite d'une coupure au doigt. Elle s'est compliquée d'un abcès au-dessus de la mamelle gauche : cet abcès a été ouvert le lendemain de l'entrée de la malade à l'hôpital et n'était pas encore fermé lorsque la malade a été mise au traitement de l'eau de la Bourboule.

La malade n'a jamais eu d'épistaxis, d'hémoptysies, jamais d'hématémèses. Elle n'est pas encore réglée et ne s'est jamais aperçue qu'elle fût atteinte de leucorrhée.

Depuis un mois, ses digestions sont très pénibles. Elle souffre d'une constipation opiniâtre; elle passe quelquefois quinze jours sans avoir de selle. Elle a des maux de tête et ressent des douleurs épigastriques.

Elle tousse beaucoup, mais son expectoration est nulle.

La malade est très anémiée, ses joues et ses muqueuses sont très pâles; elle est très faible, très amaigrie, la moindre fatigue lui donne des palpitations de cœur.

*Le 30 avril, la malade commence à prendre l'eau de la Bourboule.*

*Etat général de la malade le 29 avril.* — La malade ressent des crampes d'estomac, suivies non de vomissements, mais de nausées; le manque d'appétit est absolu, la constipation est opiniâtre. Maux de tête et quelques névralgies intercostales, vertiges, éblouissements, lorsque la malade marche ou travaille à un ouvrage de couture. — Palpitations de cœur. Toux un peu fréquente, mais pas d'expectoration. Incontinence d'urine.

L'examen de ces urines donne 17 gr. 934 d'urée par litre.

L'auscultation des poumons ne fournit aucun signe, celle du cœur nous donne les suivants : battements précipités, arythmie; souffle systolique à 3 centimètres du bord gauche du sternum, au niveau de l'artère pulmonaire (souffle d'anémie). Il est assez fort.

6 mai. — La malade a peu mangé et la digestion a été troublée par quelques crampes d'estomac. Après le repas, elle a eu de la congestion de la face suivie de sueurs. Constipation; une selle. La malade a bien reposé cette nuit; elle n'a eu ni fièvre, ni transpiration. Elle a peu toussé, elle n'a pas eu de céphalalgie et de palpitations de cœur; son incontinence d'urine a cessé.

L'auscultation du cœur fait entendre des battements irréguliers et un souffle d'anémie.

11 mai. — La digestion a été bien faite. Constipation; une selle, les matières sont noirâtres et dures.

La malade est au régime lacté, car elle a remarqué que lorsqu'elle buvait du vin son incontinence survenait.

Céphalalgie. Pas d'éblouissements ni de vertige, pas de palpitations de cœur. Pas de névralgie. L'état général de la malade s'est amélioré, elle se sent plus forte, se lève une grande partie de la journée sans avoir de ces étourdissements qui la forçaient à se recoucher. Son appétit est revenu et, sauf cette constipation opiniâtre qui doit tenir au régime lacté, les fonctions digestives seraient très bien et très complètement remplies. Les joues se colorent ainsi que les muqueuses des gencives et des lèvres, l'air de fatigue et d'abattement a disparu.

L'abcès consécutif à sa lymphangite, et ouvert le lendemain de son arrivée à l'hôpital, est complètement fermé.

15 mai. — La malade a bien mangé et avec grand plaisir, la digestion est bien faite, constipation, pas de céphalalgie, quelques douleurs vagues dans le bras gauche, pas de névralgie intercostale, pas de palpitatiens de cœur, pas de fièvre, pas de transpiration. La malade n'a pas toussé comme les jours précédents, elle s'est levée et n'a absolument rien ressenti, ni fatigue, ni faiblesse, ni étourdissements.

Elle se trouve très bien et obtient l'autorisation de quitter l'hôpital.

Le régime lacté, quelques légers purgatifs, eau de Sedlitz, pilules de podophylle, vin de quinquina ont constitué, *avec l'eau de La Bourboule*, le traitement de la malade.

La quantité d'urée contenue par litre est de 7 gr. 68 centim.

## BIBLIOTHÈQUE

Cours de zoologie médicale d'après les leçons de L. Roule, par A. Suis. Paris et Toulouse, 1880.

Le nouvel ouvrage de zoologie tient le milieu entre le traité complet trop étendu et le manuel trop court. La première partie consacrée aux principes généraux de la zoologie est largement traitée, sans détails inutiles. Dans la seconde, on trouve l'étude successive des embranchements et des classes. Les auteurs, et on ne saurait trop les en féliciter, n'ont pas cru devoir se borner à l'étude des animaux employés en méde-

cine et à découper ainsi la zoologie en tranches sans grands rapports les unes avec les autres; ils ont pris à la zoologie générale ce qu'il fallait pour relier les descriptions plus détaillées, naturellement des animaux utiles à l'art de guérir.

De nombreuses figures originales complètent ce volume qui sera utile non seulement aux étudiants à qui les auteurs le dédient, mais encore aux médecins et aux pharmaciens. — P. C.

TRAITÉ DE PATHOLOGIE CHIRURGICALE SPÉCIALE, par Fr. KŒNIG, traduit par le docteur F.-R. COMTE. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Le deuxième fascicule du tome deuxième vient de paraître suivant régulièrement les précédents.

Le tome deuxième renferme la description des maladies de la poitrine et de l'abdomen. Nous relèverons spécialement les pages consacrées au traitement chirurgical de la péricardite, au traitement chirurgical des maladies du poumon; pour ce dernier, Kœnig se montre fort justement réservé dans l'intervention.

La plus grande partie du fascicule est consacrée aux maladies de l'abdomen. L'auteur insiste sur l'intervention précoce dans le traitement des péritonites par perforation ou puerpérales, et étudie dans tous leurs détails le traitement des tumeurs de l'abdomen, de l'iléon, des hernies. — P. C.

# ACADÉMIES ET SOCIETÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 avril 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Haller, professeur à la Faculté des sciences de Nancy, qui se porte candidat au titre de correspondant national;

2° Un *Rapport sur les vaccinations et revaccinations opérées au 137e d'infanterie depuis le mois de novembre 1888 jusqu'à fin mars 1889*, par MM. les docteurs Rivet et Strœbel;

3° Un *Relevé général des vaccinations et revaccinations pratiquées dans 25 écoles communales*, par M. le docteur Saussol (de Montpellier).

— M. BUDIN fait une communication sur la pathogénie de certains abcès du sein et leur traitement.

Les recherches microbiologiques modernes tendent à prouver que, parmi les théories proposées, celle qui admet la propagation de l'inflammation à la glande par la voie des canaux galactophores doit être la vraie. Cohn, Piaute, Emma Merritt et d'autres ont montré qu'à la suite de crevasses du mamelon, le lait contient des micro-organismes, tandis qu'ils manquent dans le lait des femmes saines; ce sont les staphylococcus aureus et albus que l'on rencontre.

M. Budin s'appuie sur onze faits pour soutenir cette pathogénie. Quand on presse avec précaution le sein d'arrière en avant, en exprimant peu à peu des parties profondes vers les parties superficielles, on arrive à faire sortir par les conduits galactophores d'une femme récemment accouchée de petits filaments purulents mêlés à un liquide séreux et constitués par du pus. En pratiquant des pressions à la base de la glande, lorsque l'on y sent des noyaux d'induration, on fait sortir le pus qui s'y trouve et il semble que l'on vide un abcès profond. Le pus contient des staphylococci.

Les douleurs vives de l'abcès du sein ne s'accompagnent pas de signes de lymphangite superficielle, les ganglions ne sont pas tuméfiés, et en vidant ainsi le pus par la pression dès les premières douleurs, on obtient en deux ou trois jours la guérison complète, bien que parfois M. Budin ait pu enlever ainsi deux ou trois cuillerées de pus. Il est vrai que les pressions provoquent de la douleur, mais les abcès qui se développeraient si l'on n'intervenait pas seraient encore plus douloureux.

Quelquefois il y a coïncidence de lymphangite superficielle. Dans d'autres cas, l'inflammation profonde semble être apparue chez la mère à la suite d'ophthalmies purulentes, de parotidites suppurées de l'enfant. Il faut, dans ces occasions, prendre des précautions pour protéger le mamelon.

Peut-être, quand les enfants tettent un sein atteint de galactophorite, peut-il se développer des abcès multiples?

Donné et Chassaignac avaient constaté des faits analogues à ceux que vient de décrire M. Budin. Celui-ci pose les conclusions pratiques suivantes :

L'enfant ne doit pas téter le sein atteint de galactophorite;

Pendant l'allaitement, il faut éviter de mettre les mamelons de la mère en contact avec du pus venant de l'enfant, lorsqu'il y a ophthalmie purulente, suppuration du côté de la bouche, etc.;

L'évacuation complète du pus par des pressions répétées peut suffire pour amener la guérison de la galactophorite et de la mastite.

— M. Legroux présente un enfant de 10 ans porteur de lésion d'aïnhum siégeant à la cuisse droite, au pied gauche et à la main droite.

— M. Fort fait une lecture sur le traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire.

On ne saurait imputer à son procédé les récidives survenues après l'opération pratiquée par d'autres procédés.

Les deux malades connus, et publiquement opérés à la clinique de M. le professeur Richet, à l'Hôtel-Dieu, il y a bientôt un an, sont en bonne santé et sans menaces de récidive, quoiqu'ils n'aient pas subi de dilatation consécutive.

L'opération de l'électrolyse doit être préférée à l'uréthrotomie, à la dilatation et à la divulsion, même s'il était démontré que la récidive est la règle au lieu d'être l'exception.

On est en possession pour le traitement des rétrécissements d'un procédé rapide, indolore et absolument inoffensif, l'électrolyse linéraire, procédé qui substitue à l'incision une destruction linéaire, non sanglante.

— M. Dujardin-Beaumetz reprend la discusion sur les poêles mobiles. Pour lui, leur danger résulte surtout de la manière dont le gaz est éliminé au dehors. Le couvercle ne ferme jamais complètement, le poêle présente des fissures et des trous, enfin il remplit d'acide carbonique l'air de la chambre, même quand il est bien conditionné. Les poêles sont des antiventilateurs, et il est nécessaire de fournir au public des indications précises au sujet de leurs dangers. Une réglementation est impossible.

M. Brouardel rattache surtout le danger au tirage très faible de la cheminée qui tient à ce que très peu de chaleur est perdue.

M. Verneuil communique deux observations d'asphyxie par poêles mobiles, suivies d'accidents graves.

M. Lancereaux regarde le poêle mobile comme un véritable danger public. N'y a-t-il pas lieu d'exiger, pour la construction et la pose du poêle en question, des mesures telles qu'il ne puisse nuire aux personnes qui ont le bon esprit de s'en priver?

D'un autre côté personne, parmi les médecins, n'oserait trouver mauvaises les mesures que prend aujourd'hui l'administration contre l'insalubrité et l'insuffisance des logements.

Or, une chambre dans laquelle brûle en permanence un poêle à combustion lente n'est-elle pas un logement insalubre et dangereux au premier chef? En conséquence, M. Lancereaux ne voit, pour son compte, rien d'excessif à ce que les poêles mobiles soient soumis à certaines mesures de police sanitaire.

Ce qu'il importe de savoir, ce n'est pas la quantité des gaz délétères qui s'échappent par une cheminée, mais la proportion de ces gaz qui se répandent dans la pièce. MM. Le Roy de Méricourt et Féréol ont comparé l'invention du poêle mobile à une grande découverte scientifique. M. Lancereaux n'est pas de cet avis.

Les accidents dus à l'usage de ces poêles deviennent de plus en plus communs et

M. Lancereaux en rapporte de nouvelles observations, parmi lesquelles il se trouve des cas d'empoisonnement à distance.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Brouardel, Le Roy de Méricourt, Laborde, les conclusions suivantes sont adoptées :

Il y a lieu de proscrire formellement l'emploi des appareils et poêles économiques à faible tirage dans les chambres à coucher et dans les pièces adjacentes; il faut éviter de faire usage des poêles mobiles;

Dans tous les cas, le tirage d'un poêle à combustion lente doit être convenablement garanti par des tuyaux ou cheminées d'une section et d'une hauteur suffisantes, complètement étanches, ne présentant aucune fissure ou communication avec les appartements contigus et débouchant au-dessus des fenêtres voisines. Il est utile que ces cheminées ou tuyaux soient munis d'appareils sensibles indiquant que le tirage s'effectue dans le sens normal;

Il est nécessaire de se tenir en garde, principalement dans le cas où le poêle en question est en *petite marche*, contre les perturbations atmosphériques qui pourraient venir paralyser le tirage et même déterminer un refoulement des gaz à l'intérieur de la pièce;

Tout poêle à combustion lente, qui présente des bouches de chaleur, devra être rejeté; car celles-ci, supprimant l'utilité de la chambre de sûreté constituée par le cylindre creux intérieur compris entre les deux enveloppes de tôle ou de fonte, permettent au gaz oxyde de carbone de s'échapper dans l'appartement;

Les orifices de chargement d'un poêle à combustion lente doivent être clos d'une façon hermétique, et il est nécessaire de ventiler largement le local chaque fois qu'il vient d'être procédé à un chargement de combustible;

L'emploi de cet appareil de chauffage est dangereux dans les pièces où des personnes se tiennent d'une façon permanente, et dont la ventilation n'est pas largement assurée par des orifices constamment et directement ouverts à l'air libre; il doit être proscrit dans les crèches, les écoles, les lycées, etc.;

L'Académie croit de son devoir de signaler à l'attention des pouvoirs publics les dangers des poêles à combustion lente et des poêles mobiles en particulier, tant pour ceux qui en font usage que pour leurs voisins; elle émet le vœu que l'administration supérieure veuille bien faire étudier les règles à prescrire pour y remédier.

— M. Boisseau du Rocher lit un travail sur le traitement de la constipation par l'électrolyse; il emploie en même temps le citrate effervescent à faible dose.

---

## SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

M. Gellé met sous les yeux de l'assemblée une préparation du pharynx sur laquelle apparaît bien dessinée la bourse de Lushka, bourse pharyngée des auteurs.

L'intérêt de la présentation réside en ceci que cette disposition anatomique, décrite par Meyer, par Lushka comme normale, a pris une importance inattendue, grâce au rôle spécial que Tornvaldt d'abord et une pléiade de praticiens allemands après lui, lui ont attribué dans la marche et l'évolution du catarrhe chronique du pharynx et d'accidents laryngés et autres concomitants.

Sur la face inférieure de l'apophyse basilaire, au-dessous du sinus sphénoïdal, on voit, sur la paroi supéro-postérieure du pharynx, entre les deux fossettes de Rosenmuller et les deux cartilages des trompes d'Eustache, une saillie hémisphérique (sur la pièce fraîche) médiane, percée d'un orifice circulaire central, répondant au point le plus déclive. Un stylet pénètre perpendiculairement à un centimètre de profondeur par cet orifice dans une cavité plus étendue en haut et en avant qu'en bas et en arrière.

Cette cavité renferme une masse de mucus translucide en gelée.

Par la macération de la pièce dans la liqueur chloralée, la bourse pharyngée s'est affaissée, et sur ses flancs des rides et des dépressions plus petites ont apparu. L'une d'elles a presque 4 millimètres de longueur d'avant en arrière et à peine 1 millimètre en travers;

Après l'évacuation partielle du mucus, on constate que l'épaisseur considérable (1 centimètre et demi au moins sur la pièce fraîche) des parties molles qui couvrent l'apophyse basilaire en ce point du cavum pharyngé a diminué des neuf dixièmes au moins.

Les parois de la poche sont constituées par le tissu de la muqueuse pharyngée, normale dans toute l'étendue de la région voisine.

Lushka, Tornvaldt ont insisté sur le siège constant de cette bourse muqueuse sur la partie médiane de la paroi supéro-postérieure du pharynx; c'est bien le siège de la poche qui est sous les yeux de la Société.

D'après Tornvaldt, cette bourse enflammée suppure et devient le foyer de pharyngites chroniques, qui ne cèdent qu'à la destruction du récessus par le cautère électrique; elle est le point de départ de kystes, etc. De là, l'importance pathologique de cette disposition anatomique; et l'on a créé à l'étranger, sur cette donnée, « la maladie de Tornvaldt, que Tissier, Luc et Raugé ont fait connaître en France.

Cependant cette bourse muqueuse, dont la pathologie a été si bien étudiée au-delà du Rhin, est une disposition anatomique rare; tellement qu'elle est même niée par quelques anatomistes sérieux, M. le docteur Raugé (de Nice), entre autres (*Bulletin médical,* 13 janvier 1889).

C'est pourquoi j'ai cru qu'il était intéressant de montrer cette pièce très nette, où la bourse de Lushka est évidente, et offre tous ses développements, mais ne présente, comme du reste la muqueuse pharyngée tout à l'entour, aucune trace de processus pathologique quelconque.

Sans être aussi exclusif que M. Raugé, on peut admettre que c'est là une disposition non commune, et qui ne saurait jouer aussi fréquemment le rôle pathogénique considérable qu'on lui a attribué en Allemagne; mais la bourse existe, et la maladie de Tornvaldt n'est pas niable.

---

## FORMULAIRE

Pommade contre la blennorrhée. — Unna.

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent cristallisé | 2 grammes |
| Baume du Pérou | 1 — |
| Cire jaune | 4 — |
| Beurre de cacao | 50 — |

F. s. a. une pommade. — On en enduit une sonde d'étain, avec laquelle on pratique le cathétérisme, dans les inflammations chroniques de l'urèthre. Quatre ou cinq cathétérismes ont parfois suffi pour amener une guérison parfaite. Dans d'autres cas, il a été nécessaire de répéter 2 à 4 fois cette série de sondages. — Pour certains malades, il a fallu joindre à ce traitement des injections de sulfo-phénate de zinc. — N. G.

---

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Succès des antivaccinateurs en Angleterre. — Le parti « antivaccinationist » vient de remporter un succès dont il est fier. Il a réussi à forcer la main au gouvernement et celui-ci a promis de nommer une « Royal Commission » afin d'examiner la question de savoir, s'il convient de s'élever contre la croyance accordée jusqu'à présent aux bienfaits conférés par la découverte de Jenner, et d'examiner s'il n'y a pas lieu de modifier le système actuel de son application.

Depuis quelques années la loi sur la vaccination obligatoire est tombée pour ainsi dire en désuétude dans quelques endroits, et, de plus, elle rencontre de l'opposition partout, grâce à la propagande effrénée que font les personnes ignorantes ou tout simplement mal informées, à ce sujet; aussi, malgré la confiance qu'inspirent, à juste titre, et pour le plus grand nombre de nos concitoyens, l'expérience laborieusement acquise

de cette méthode, on attendra avec quelque inquiétude le rapport que fournira la nouvelle commission. Une première difficulté se présente à l'heure actuelle, elle est relative au choix des commissaires; une autre se présentera ensuite, c'est le cas fort probable où cette commission se prononcera en faveur de la vaccination, les mécontents ne seront pas désarmés.

Ce rapport aura l'avantage toutefois de calmer l'esprit public, troublé par les allégations de mauvaise foi, répandues par les adversaires de la vaccination, et de rallier à la loi ceux qui hésitent encore, ne sachant que croire. (*Bull. méd.*)

La vaccination charbonneuse en Russie. — De 1885 à 1888, le regretté professenr Cienkowspy a pratiqué, en Russie, 20,310 vaccinations contre le charbon sur des moutons. La perte moyenne a été de 0,87 pour 100. Sur un troupeau de 11,000 moutons, la mortalité, qui était en temps ordinaire de 8,5 à 10,6 pour 100, est tombée à 0,13 pour 100 après la vaccination. Dans une expérience, treize mois après l'inoculation préventive, 18 brebis sur 20 résistaient à l'action du charbon virulent.

Ces résultats sont très satisfaisants et de nature à faire entrer les inoculations préventives dans la pratique agricole en Russie, où elles pourront rendre de grands services.

(*Revue scientif.*)

## COURRIER

Congrès d'hygiène et de démographie de 1889. — Le Comité du septième Congrès international d'hygiène, qui aura lieu à Paris pendant l'Exposition universelle, a proposé les questions suivantes à l'étude des membres du Congrès.

1. Mesures d'ordre administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance.
2. De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes.
3. Régime et distribution de la température dans l'habitation.
4. Action du sol sur les germes pathogènes.
5. Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels.
6. De l'assainissement des ports.
7. Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques.
8. De la statistique des causes de décès dans les villes.

Association générale des médecins de France. — Dans sa séance du 5 avril, le Conseil général de l'Association a décidé l'envoi de cette lettre à tous les membres du Conseil de Paris et des départements.

Paris 12 avril 1889.

Monsieur et très honoré collègue,

Les séances de l'assemblée générale de l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France présenteront cette année un intérêt exceptionnel, à raison du nombre considérable des représentants de l'œuvre réunis à Paris, les dimanche et lundi 12 et 13 mai.

Ce n'est pas seulement à la coïncidence de l'Exposition universelle que l'assemblée générale devra la présence de tant de confrères des départements, mais à l'importance d'un ordre du jour, comprenant, outre les communications officielles relatives au fonctionnement régulier de l'Association, l'examen de nombreuses questions d'intérêt général pour la profession. Sur cinq de ces questions l'assemblée aura à délibérer et à émettre un vote définitif. Pour les autres, elle sera appelée à se prononcer sur la prise en considération. Il est très désirable que Messieurs les membres du Conseil général prennent tous part à ces délibérations et à ces votes, dans l'intérêt commun de l'Association et du corps médical.

En raison de l'importance des solutions, nous espérons que chaque membre du Conseil tiendra à exercer sa légitime influence, et à nous donner le précieux concours de ses lumières.

C'est aussi en grand nombre que les membres de Sociétés locales ont déjà répondu à l'invitation que le Conseil général leur a adressée pour le banquet officiel du dimanche 12 mai. Nous sommes persuadés que tous les membres du Conseil général regarderont comme un devoir de convenance et de bonne confraternité de prendre part à ce banquet et d'y recevoir leurs hôtes des Sociétés locales, toujours si désireux de retrouver sur le terrain de la charité et de la bienveillance confraternelles, leurs illustres maîtres de Paris.

Veuillez agréer, Monsieur et cher collègue, l'expression de nos sentiments confraternels et dévoués.

*Le secrétaire général,* A. RIANT. — *Le président de l'association,* H. ROGER.

CONGRÈS INTERNATIONAL D'OTOLOGIE ET DE LARYNGOLOGIE.

Paris, mars 1889,

Très honoré Confrère.

Un Congrès international d'otologie et de laryngologie aura lieu à Paris, du 16 au 21 septembre, dans le palais du Trocadéro. Nous avons l'honneur de vous inviter à prendre part à ses travaux.

Pour nous conformer aux traditions des précédents Congrès internationaux d'otologie et de laryngologie, nous avons pensé qu'il était préférable de laisser à l'initiative de chacun le choix des sujets qu'il se proposera de traiter, et nous n'avons mis à l'ordre du jour aucune question.

Nous vous prions d'adresser, avant le 15 juillet, au secrétaire du comité d'organisation les titres des communications que vous voudrez bien apporter au Congrès.

Nous avons l'espérance qu'un très grand nombre de médecins répondront à notre invitation, et nous vous prions de faire connaître la date de notre Congrès à tous ceux de nos confrères de votre connaissance qui s'intéressent aux sciences de l'otologie et de la laryngologie, et qui n'auraient pas reçu la présente communication. Ceux dont vous voudrez bien nous faire connaître les noms recevront, dans le plus bref délai, les documents préparatoires du Congrès.

Une circulaire sera adressée en temps opportun à tous les adhérents, afin de leur faire connaître les dispositions prises par le comité d'organisation pour donner au Congrès l'importance scientifique la plus grande, pour faciliter les voyages, et pour rendre à ses membres le séjour de Paris aussi utile qu'agréable.

Le montant de la cotisation est fixé à vingt francs.

Veuillez agréer, très honoré confrère, l'assurance de nos sentiments confraternels.

*Le Comité d'organisation :*

Professeur Duplay, *Président*;

Docteur Gouguenheim, docteur Ladreit de Lacharrière, *Vice-Présidents* ;

Docteur Lœwenberg, *Secrétaire*;

Docteurs Boucheron, Calmettes, Garel (de Lyon), Gellé, Joal, Lannois (de Lyon), Menière, Miot, Moure (de Bordeaux), Noquet (de Lille), Ruault, Terrier et Tillaux, *Membres du Comité.*

*N. B.* Toutes les communications doivent être adressées au Secrétaire du Comité d'organisation, M. le docteur Lœwenberg, rue Auber, 15, à Paris.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Les conclusions relatives aux poêles mobiles, adoptées par l'Académie dans sa dernière séance, sont plutôt de simples conseils que l'interdiction de ces utiles appareils. Comme toute chose, les poêles mobiles ont des inconvénients, mais ceux-ci sont bien aggravés parce qu'on ne sait pas toujours s'en servir. On n'empêchera pas plus le public de les employer, sous prétexte qu'ils ont occasionné des cas de mort, qu'on n'a renoncé aux chemins de fer, sous prétexte qu'il y avait de temps en temps des déraillements. Perfectionner l'emploi des poêles mobiles, apprendre à s'en mieux servir, c'est tout ce que l'on peut faire, mais l'élan est donné, et on s'en servira toujours.

La pathogénie de certains abcès du sein donnée par M. Budin, et le mode de traitement prophylactique et curatif qui en découle, sont des plus intéressants, et tout porte à croire que les observations futures ne feront que confirmer sa manière de voir à ce sujet.

Nous signalerons en même temps que la communication précédente, celle de MM. Verneuil et Clado à l'Académie des sciences, sur l'identité

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Parmi les nouveaux projets imaginés récemment pour améliorer notre organisation sociale, il en est deux que je veux signaler aujourd'hui à l'attention de nos lecteurs, l'un parce qu'il intéresse directement les médecins, l'autre parce qu'il est tellement vaste, qu'il englobe forcément notre corporation dans sa conception.

Vous avez entendu certainement parler, chers lecteurs, des hôpitaux maritimes, et en particulier de celui de Pen-Bron, situé dans la baie du Croisic. Voici sur ce dernier quelques détails intéressants envoyés au *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* par M. le docteur Yvonneau (de Blois) :

« Le mois dernier, étant allé avec ma famille chercher un moment de repos sur la côte de Bretagne, j'eus la bonne fortune de rencontrer là un confrère aussi instruit qu'affable, M. le docteur Jan-Kerquistel (de Guérande), qui me fit les honneurs de l'établissement confié à ses soins.

« Sur l'extrémité de la pointe qui porte ce nom, l'hôpital de Pen-Bron est isolé de toutes parts par la mer et les falaises, dont une bande seule le rend accessible du côté de terre par Guérande et la Turballe. » Ces deux communes, s'inspirant du sérieux avenir que présente cette œuvre nouvelle, n'ont pas hésité dernièrement à voter, con-

entre l'érysipèle et la lymphangite, démontrée par la présence, dans les abcès lymphangitiques purs, des microbes de l'érysipèle.

L'observation d'aïnhum communiquée par M. Legroux montre aussi que cette affection a des affinités étroites avec les amputations intra-utérines et peut-être toute cette dernière question serait-elle à reprendre au point de vue indiqué par MM. Legroux et Proust. — L.-H. P.

---

### Anomalies vaccinales

Par le docteur Commenge (1).

IX

A côté des faits observés par moi à Paris, il m'a semblé utile de signaler un fait analogue qui s'est produit à Constantinople dans la clientèle de mon ami, le docteur Zambaco.

Celui-ci avait été très frappé par les phénomènes survenus chez la jeune fille qui est l'objet de l'observation n° X.

Dès son retour à Constantinople, il m'envoya le récit suivant qui lui semblait être la reproduction de ce qu'il avait constaté avec moi.

Voici la communication du docteur Zambaco :

« Une épidémie de variole sévissant à Constantinople en 1876, j'engageai mes clients à se faire revacciner. Comme vaccinifère, je choisis un enfant de 4 mois, très bien constitué, issu de parents bien portants, pour vacciner les quatre filles de Son Altesse le Prince égyptien, M. F..., et trois de ses fils.

« Chez les fils, comme chez deux des filles, la vaccination a réussi et le vaccin a évolué de la manière habituelle, sans accident. Chez la troisième, le résultat a été négatif.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 26 février, 5, 19 mars, 4 et 6 avril 1889.

---

jointement avec le Conseil général de la Loire-Inférieure, l'aménagement d'une route d'accès qui lui fait défaut.

Cet établissement, ouvert à un seul malade le 1er septembre 1887, avait au moment de ma visite, le 2 de ce mois, 86 lits, tous occupés par des enfants originaires de la Loire-Inférieure, de l'Indre, de l'Indre-et-Loire et même de la Seine; les uns s'y trouvant aux frais de leurs familles, les autres moyennant certaines subventions départementales ou commerciales.

La constitution de la Société fondatrice n'a pris date que du 24 mai dernier et déjà s'entrevoit pour elle la certitude d'un avenir de prospérité et de succès des plus brillants, à en juger par ce qu'elle a donné déjà et ce qu'elle nous promet encore.

Son premier malade était un enfant de l'hôpital de Tours, âgé de 9 ans, atteint d'une coxalgie suppurée avec émaciation générale arrivée à la limite extrême; et le 22 mars, après ses six mois et demi de séjour, il était rendu à son département en complète guérison.

Tel se révèle l'effet d'un séjour prolongé sur les plages maritimes pour les petits scrofuleux ou tuberculeux qui d'ordinaire s'étiolent et succombent dans nos salles d'hôpital. D'après mes notes, sur les malades sortis depuis huit mois se trouvent six guérisons sur six admissions, avec une moyenne de quatre mois de séjour.

Parmi ceux que j'y ai vus, l'une des non moins intéressantes était une fille de 20 ans, laquelle à son entrée portait depuis plus de dix années un lupus avec d'énormes plaies serpigineuses sur le dos de la main et l'avant-bras, lesquelles, aujourd'hui complète-

« Chez la quatrième, âgée de 17 ans, et que j'avais vaccinée au mollet droit, le vaccin parût réussir les six premiers jours et sa marche fut régulière; une pustule caractéristique s'est développée et, le septième jour, j'y puisai, avec une lancette très propre, du vaccin pour pratiquer une inoculation chez un bey.

« Le huitième jour, la pustule paraît s'enflammer et, à partir de ce moment, il se produit une ulcération, à bords taillés à pic; le fonds de l'ulcération devient grisâtre, comme recouvert par une membrane pyogénique de mauvais aloi; une matière liquide sanieuse est sécrétée abondamment; des douleurs violentes et un œdème de la jambe nécessitent le repos, des lotions émollientes, des cataplasmes ainsi que des pommades astringentes et narcotiques.

« Cette ulcération a mis deux mois et demi à se cicatriser, malgré les apparences de la meilleure santé générale chez la princesse.

« Le jeune homme, qui a été vacciné par moi, au bras droit, avec le vaccin recueilli sur la princesse, a eu également une ulcération profonde, qui a présenté le même aspect et a traversé les mêmes périodes que celles observées chez la princesse.

« Il s'agissait cependant d'un jeune homme de 22 ans, qui avait une santé très florissante. Les cicatrices consécutives ont été très différentes chez les deux sujets et pareilles à celles qui succèdent aux cautères déterminés par la pâte de Vienne. Comment expliquer ces faits, si ce n'est par les conditions spéciales du terrain, malgré les attributs apparents de la plus belle santé? En effet, le même jour, j'ai vacciné, avec la même lancette, chargée de vaccin puisé chez le même enfant, plusieurs autres personnes dont les pustules ont évolué physiologiquement.

« Chez d'autres, les résultats ont été négatifs. Quant au jeune homme, dont les plaies d'inoculation se sont enflammées et creusées successivement, offrant, à certains moments, l'aspect le plus *équivoque*, il n'avait jamais eu rien de spécifique et la suite a prouvé qu'il ne s'agissait de rien de syphilitique et pourtant les yeux les plus expérimentés se seraient

ment cicatrisées, peuvent aisément passer pour de simples traces de brûlures anciennes. Elle a par cela même récupéré l'usage d'un membre dont la conservation avait été, dans le principe, un problème.

Le plus grand nombre des cas que j'ai rencontrés sont des ostéites soit de la tête, soit de la crête iliaque, soit de la colonne vertébrale avec gibbosité plus ou moins prononcée; en un mot, une foule de variétés du mal de Pott.

Un jeune enfant de 7 ans 1/2, dont j'ai conservé le souvenir, était entré au mois de mai pour une coxalgie avec flexion de la cuisse sur le bassin, accompagnée de douleurs nocturnes extrêmement vives. Bien que le début datât de plus de trois années, les mouvements s'opèrent actuellement sans douleur, sans ankylose, sans déformation; l'état général est bon et l'enfant est méconnaissable.

J'ai compté là encore un assez grand nombre de kératites chroniques, toutes de nature strumeuse, des leucomes et albugos en très bonne voie de résolution.

Une particularité remarquable, c'est la rapidité avec laquelle l'influence de l'atmosphère marine influe sur tous ces jeunes malades: une quinzaine de jours suffisent déjà à leur transformation. Un petit malade arrivé depuis seulement quelques semaines de l'hôpital de Tours avec un lupus horrible de la face, s'était complètement transformé et avait perdu l'aspect hideux de sa physionomie primitive.

Il n'est pas jusqu'aux accidents eux-mêmes de la syphilis congénitale qui ne se soient trouvés promptement modifiés et semblent même avoir perdu toutes espèces de traces spécifiques apparentes. L'un d'eux, aveugle au point de ne pouvoir se conduire, avait

trompés pendant plusieurs jours. La manifestation est restée locale et après plusieurs semaines de douleurs violentes, de sécrétion sanieuse, de retentissement ganglionnaire du côté de l'aisselle et de phénomènes fébriles pendant les premiers jours, la plaie s'est détergée, l'ulcération, profonde d'un centimètre, s'est comblée, sans rien laisser à la suite.

« Voilà donc deux exemples d'ulcérations profondes consécutives à l'inoculation d'un vaccin *innocent* puisé chez un enfant *pur*, ulcérations qui ont présenté les signes trompeurs des ulcérations spécifiques et qui auraient pu induire en erreur les yeux les plus exercés.

« Ces faits sont en tout comparables au cas que m'a montré, au mois d'août 1882, mon excellent confrère et ami, le docteur Commenge.

« Je pense qu'il ne s'agissait pas de pustule vaccinifère chez la princesse X..., mais tout simplement d'un ecthyma dont le produit de sécrétion a déterminé une pustule analogue chez le jeune homme.

« En effet, mon ami le docteur Vidal a péremptoirement prouvé l'inoculabilité de l'ecthyma le plus vulgaire. D'ailleurs, le processus a été identique chez les deux sujets indemnes de toute diathèse et à l'abri de tout soupçon spécifique. Je n'ai pas revacciné ces personnes depuis cette époque; mais, je pense, bien que je fusse sûr de la bonne qualité du vaccin du jeune enfant vaccinifère, la démonstration en ayant été faite par le succès des autres vaccinations pratiquées le même jour, que les pustules ecthymateuses rongeantes qui ont duré plus de deux mois et demi n'étaient point des pustules de vaccine capables de préserver de la variole. Je crois qu'il y a nécessité, comme dans le fait observé avec mon ami, le docteur Commenge, de recommencer la vaccination. »

## X

De l'ensemble de ces observations, il résulte ce fait qu'un enfant sain, sans manifestations spécifiques, ayant des boutons de vaccine paraissant en bon état, a pu déterminer des accidents de différente nature chez la plupart des enfants qui ont été inoculés avec son vaccin.

---

recouvré en partie la vision et ses ulcérations, causes de cette cécité, sont aujourd'hui en partie disparues.

« En résumé, l'hôpital maritime de Pen-Bron, actuellement avec ses 100 lits, le large emplacement dont il dispose et le zèle de ses administrateurs, peut figurer avec honneur parmi ceux de même ordre que nous comptons actuellement sur nos côtes, tels : Berck-sur-Mer dans la Manche, Arcachon dans la Gironde et Banyuls sur la Méditerranée dans les Pyrénées-Orientales.

« Ainsi se confirme ce premier résultat du grand mouvement que la science médicale vient d'obtenir de ses réclamations si longtemps réitérées, ce triomphe des idées nouvelles sur l'incurie du passé.

« Au mois de décembre dernier, une commission désignée par le ministre de l'intérieur, composée de MM. les docteurs Bergeron, Monod, Martin et Trélat, firent sur leur visite à Pen-Bron un rapport des plus favorables, digne à tous égards d'attirer l'attention des conseils départementaux et d'y provoquer des fondations particulères.

« Avec de semblables résultats et de si puissants appuis, je suis convaincu que, dans peu, un pensionnat aménagé en vue de l'admission d'enfants appartenant à des familles aisées deviendra une véritable attraction pour tous ceux dont la débilité nécessiterait un séjour prolongé au milieu des éléments maritimes.

« Car où trouverait-on, je me le demande, des conditions d'installation plus complètes qu'à cette pointe même du Croisic qui reçoit du côté de l'Océan sans limite un air aussi pur qu'on peut le désirer; du côté de la terre une atmosphère tout à la fois

Sur 14 enfants vaccinés, nous en voyons, en effet, 9 qui ont des boutons de vaccine de nature plus ou moins suspecte; chez 4, la vaccination paraît avoir donné des boutons de vaccine légitime (un de ces enfants reste douteux, puisqu'il n'a pas été vu par moi); chez un cinquième, enfin, le résultat a été absolument négatif.

Comment expliquer les différents phénomènes observés et quelle est leur nature?

L'enfant vaccinifère a eu des accidents phlegmoneux des bras dès le lendemain du jour où il a fourni du vaccin. Cet enfant, bien que son corps fût d'apparence robuste, avait les tissus mous, avec développement très marqué des tissus cellulaire et cellulo-adipeux; il était de nature lymphatique. Il a fourni du vaccin qui était au neuvième jour de son évolution; c'était, par suite, du vaccin avancé, en voie d'altération, contenant probablement du pus.

Le médecin vaccinateur n'avait remarqué rien d'anormal sur cet enfant et il s'est servi, m'a-t-il affirmé, d'une lancette spéciale, absolument propre; ce n'est donc pas à l'instrument qui a servi à faire les inoculations qu'on doit attribuer les accidents survenus, mais bien au vaccin employé.

Les phénomènes inflammatoires, si rapidement survenus chez l'enfant vaccinifère, démontrent qu'il y avait un travail préparatoire qui se faisait au moment des vaccinations et dont la manifestation a eu lieu immédiatement après. Avec le vaccin inoculé, on a transmis, selon toute vraisemblance, un liquide séro-purulent, et c'est ce liquide qui a été le point de départ de tous les accidents.

Il n'est pas rare de voir des accidents phlegmoneux se produire après des vaccinations. Depuis Jenner, qui a été le premier à les observer et à les signaler, tous les vaccinateurs en ont cité des exemples, ainsi que le prouve le résumé historique qui est en tête de ce travail. On a vu des abcès se manifester de temps en temps, des boutons de vaccine prendre le caractère ulcéreux et ne se cicatriser qu'avec une grande lenteur. Il n'eût donc pas été extraordinaire de constater chez un ou deux enfants des acci-

---

plus concentrée et en même temps sédative provenant des marais salants qui l'entourent? Quant à la température, elle est par ses brises en tout temps d'une douceur extrême, même en hiver, où rarement on l'a vue descendre au delà de cinq degrés.

« A tous ces incomparables avantages de situation, on peut encore joindre, comme agent thérapeutique à portée, la profusion des eaux mères des salines, lesquelles contiennent par litre jusqu'à 250 grammes de substances salines; ensemble complet qui indubitablement fera dans peu de temps de la station de Pen-Bron un établissement sans rival. »

*
* *

L'autre projet ne vise rien moins qu'à arriver, dans un temps *indéfini*, au désarmement général et à la paix universelle. Les noms des personnages qui en ont pris l'initiative attireront certainement l'attention sur lui, et c'est pourquoi nous le présentons à nos lecteurs.

D'après ce projet, il s'agit de fonder d'abord une Société, qui s'appelle déjà la *Société française de l'arbitrage entre nations*, et dont voici le programme :

« On a dit que la force primait le droit. Il est temps de dire que le droit prime la force. Obtenir ce résultat serait le plus grand triomphe de la civilisation sur la barbarie. Or, l'un des moyens les plus efficaces d'atteindre ce noble but, ce serait de substituer aux aveugles solutions de la guerre la procédure impartiale et sûre de l'arbitrage.

dents inflammatoires autour des boutons de vaccine et, dans ce cas, on aurait pu mettre sur le compte du terrain sur lequel on avait opéré la cause des phénomènes observés.

Pareille hypothèse ne serait guère admissible avec l'ensemble des cas cités. On ne peut pas admettre que 9 enfants aient eu des accidents plus ou moins graves, parce que leur constitution était prédisposée à être mal influencée par le virus vaccinal. La seule explication logique, c'est qu'il y a eu inoculation, dans tous ces cas, de vaccin mélangé à un liquide séro-purulent. De cette façon, il est facile de se rendre compte des accidents survenus.

Chez les enfants qui ont eu des boutons de vaccine légitime, je suis disposé à croire que le liquide inoculé devait être du vaccin non altéré; mais comment expliquer que les enfants atteints d'accidents inflammatoires ne le soient pas dans tous les points inoculés et qu'il y ait eu, chez le même enfant, des boutons de vaccine vraie et des boutons de vaccine anomale? Il ne répugne en rien, il me semble, d'admettre que le liquide inoculé a pu être pris sur différents boutons et que le vaccin pouvait en être plus ou moins altéré. Il est admissible aussi qu'en prenant du virus vaccinal plus ou moins profondément, on pouvait avoir du vaccin plus ou moins vicié. Il est probable, par conséquent, que les boutons de vaccine légitime sont dus à l'inoculation du vaccin pur et les autres, au contraire, à du vaccin altéré par du pus.

C'est, il me semble, l'interprétation la plus naturelle des accidents que j'ai décrits.

Devait-on admettre qu'il y eût là des accidents syphilitiques?

Bien que, dans les premiers jours, et chez plusieurs des enfants, les accidents parussent suspects, bien que chez quelques-uns d'entre eux, et spécialement chez l'enfant qui fait l'objet de l'observation X..., le diagnostic fût très difficile, j'ai dû repousser cette idée en voyant la marche suivie par les accidents observés.

Chez la plupart des enfants, l'inoculation vaccinale, contrairement à ce

« Personne n'en méconnaît la supériorité. Il n'est pas un homme de cœur, il n'est pas un bon Français qui, au fond de l'âme, ne pense comme nous; malheureusement on est persuadé que c'est un rêve, une utopie, une chimère. Des faits récents ont démontré que rien n'est plus pratique et plus conforme aux intérêts comme à la dignité de toutes les nations.

« Que faut-il faire pour que le progrès, déjà commencé, se généralise et que l'exception d'hier devienne la règle de demain? Que l'on veuille bien avouer tout haut ce qu'on pense tout bas et faire quelque effort pour transformer ses désirs en réalités.

« C'est dans ce but qu'a été formée, en dehors de toute opinion politique ou religieuse, la Société française de l'arbitrage entre nations, dont on appréciera les statuts par l'extrait ci-après. Que tous nous apportent leur concours, concours financier par des cotisations, concours moral par des adhésions, concours matériel et intellectuel par la propagande écrite et parlée; que tous viennent se grouper autour de nous, les plus riches comme les plus pauvres, les plus grands comme les plus humbles, et nous deviendrons une grande force morale, une force irrésistible peut-être, capable d'arrêter la folie des rivalités armées, et de rendre au monde la sécurité en le ramenant à l'observation de la justice. »

Voici l'extrait des statuts auquel il vient d'être fait allusion :

« La Société française de l'arbitrage entre nations a pour but de défendre et de propager le principe de l'indépendance des nations et de la justice internationale, principe

qui se produit d'ordinaire, a déterminé, dès le lendemain, une action énergique, puisqu'on constatait le développement immédiat des saillies inflammatoires. Ces accidents allaient progressivement en augmentant, et bientôt apparaissaient d'autres phénomènes : une rougeur disséminée entourait les boutons, pour devenir bientôt plus générale et envahir le bras, dans une grande partie de son étendue; il y avait, en même temps, de la tuméfaction du membre et de l'induration qui se propageait à tous les tissus: c'était l'induration inflammatoire qui se différencie, d'une façon bien nette, de l'induration qui accompagne le chancre. Dans les accidents spécifiques, le champ de l'induration est limité aux bords de la plaie. Chez les enfants vaccinés le 20 juillet, l'induration s'étendait aux surfaces circonvoisines aussi bien qu'au niveau de la plaie; elle allait en diminuant à mesure que la poussée inflammatoire s'affaiblissait, et elle arrivait à disparaître progressivement, en même temps que la rougeur et le gonflement. Autour de la plaie, l'induration disparaissait à son tour et s'éteignait insensiblement, alors même que la cicatrisation n'était pas complète. L'induration ne se produisait ici que lorsque la rougeur inflammatoire était très prononcée et que les tissus cellulaire et cellulo-adipeux subissaient le contre-coup de la poussée phlegmasique.

Rien de semblable n'a lieu avec le chancre : l'induration ne dépasse pas un petit rayon; elle est limitée à la base et aux bords de la plaie, elle a le caractère parcheminé. La poussée inflammatoire, lorsqu'il s'agit du chancre, s'étend à un cercle fort limité autour de la plaie.

Dans la plupart de ces faits, il y a eu un engorgement ganglionnaire; mais l'adénite était unique, au lieu d'être multiple, comme cela arrive dans le chancre induré. Les ganglions, qui sont peu développés dans l'engorgement tenant à l'affection syphilitique, étaient, ici, du volume d'un œuf de pigeon. Les adénites observées chez ces enfants allaient progressivement en diminuant, à mesure que la poussée inflammatoire des bras s'affaiblissait et disparaissait insensiblement. Dans les accidents syphilitiques, au contraire, l'engorgement ganglionnaire persiste longtemps après la gué-

---

dont la consécration pratique se trouve dans la substitution de l'arbitrage et de toutes les autres voies conventionnelles et juridiques aux violences de la guerre.

« Elle s'efforcera d'établir, avec les Sociétés similaires de la France et de l'étranger, les relations qui pourraient conduire au but commun : la paix par le respect du droit. Elle recherchera notamment et répandra les informations exactes propres à dissiper les malentendus irritants entre les peuples.

« La Société se compose de membres fondateurs, sociétaires et adhérents :

« Sont *fondateurs*, ceux qui donnent à la Société une somme de 100 francs au moins;

« Sont *sociétaires*, ceux qui acquittent une cotisation annuelle de 10 francs;

« Sont *adhérents*, tous ceux qui apportent à la Société leur nom et leur appui moral en lui faisant un don, si minime qu'il soit.

« Président, M. Frédéric Passy, membre de l'Institut; vice-présidents, MM. Destrem et S. Siegfried, député; secrétaire général, M. Charles Richet, professeur à la Faculté de médecine; secrétaires, MM. Tiaudière et Marillier, agrégés de philosophie; trésorier, M. Paul Melon.

« Membres du conseil : MM. Beauquier, député; Beaussire, membre de l'Institut; Boyer; Duménil; V. Duruy, membre de l'Institut; Eschenauer; Jules Gaillard, député; A. Gautier, professeur à la Faculté de médecine; A. Hayem, conseiller général de Seine-et-Oise; Gasté (de); Griess-Traut; Guillaume; Yves Guyot, ministre du commerce; Majewski (comte de); Marion, professeur à la Faculté des lettres; Montaut, député; Mor-

rison des plaies, qui ont donné lieu à cette manifestation. Il y a donc, dans les deux cas, une différence notable.

Chez tous ces enfants, les accidents survenus ont fait leur apparition dans les huit jours qui ont suivi l'inoculation vaccinale; dans les manifestations syphilitiques, au contraire, l'apparition du chancre n'a lieu qu'au bout de quinze à vingt jours et, parfois, plus tard. Il y a donc là une différence essentielle.

Dans la plupart des cas, les accidents, qui ont suivi la vaccination, se sont produits sur plusieurs boutons à la fois; dans les accidents syphilitiques, on ne trouve, en général, qu'une plaie initiale sur chaque individu; c'est une raison de plus qui permet de rejeter l'idée d'une inoculation syphilitique. Dans cinq de ces observations, cependant (obs. III, V, VI, X, XIV), il n'y a qu'un bouton suspect chez chacun des enfants. Comme dans ces faits, et spécialement dans l'observation X, l'aspect du bouton a la plus grande analogie avec celui du chancre, le doute était permis; mais l'ensemble des autres caractères différentiels donnait le droit de repousser l'hypothèse de la syphilis.

Il résulte, par conséquent, de l'étude de toutes ces manifestations, que les accidents survenus chez ces enfants, ne sont pas analogues à ceux qui se produisent dans la syphilis. Le traitement employé démontre, à son tour, que les phénomènes observés étaient de nature inflammatoire, puisqu'il a suffi de l'emploi des émollients pour avoir raison de toutes ces manifestations.

XI

Dans les observations du docteur Zambaco, il n'y a pas à incriminer le vaccin inoculé, dans le premier cas, puisqu'il a donné les meilleurs résultats chez presque toutes les personnes vaccinées. Comme il le dit fort bien lui-même, il faut accuser le terrain qui était prédisposé à des manifestations anormales chez la princesse X...

Chez le bey, vacciné avec la lymphe vaccinale prise sur les boutons de la

sier (de); Rochard, inspecteur général du Service de santé de la marine; Saint-Georges Armstrong (baron de); Jules Simon, membre de l'Institut; Trarieux, sénateur. »

Comme l'ont prévu les auteurs de ce projet, en France on le prendra longtemps encore probablement pour une utopie, faute peut-être d'en désirer suffisamment la réalisation. Mais le progrès consiste justement à transformer les désirs en réalité, et comme il n'est personne qui ne désire la paix, au fond, que tous le disent, et la chirurgie militaire n'aura plus de raison d'être.

---

Poudre contre les sueurs fétides. — Bardet.

| | |
|---|---|
| Sous-nitrate de bismuth.......... | 15 grammes |
| Permanganate de potasse.......... | 10 — |
| Poudre de riz.......... | 60 — |
| Poudre de talc.......... | 5 — |

Mêlez pour une poudre impalpable. — A l'aide d'une houppe, on étale cette poudre sur le thorax, dans le cas de sueurs à odeur sûre et désagréable. — Si les sueurs fétides se produisent aux pieds, on lave ces derniers tous les matins en hiver, matin et soir en été; on fait suivre les bains de pied de lotions à l'alcool. En outre, on répand dans les chaussettes une petite quantité d'une poudre composée de : Talc, 40 grammes; sous-nitrate de bismuth, 45 grammes; permanganate de potasse, 13 grammes; salicylate de soude, 2 grammes. — N. G.

princesse X..., il n'y a pas qu'une question de terrain. Il est possible qu'il y eût là aussi une certaine prédisposition à des accidents irréguliers, mais le liquide inoculé étant altéré, c'est à lui surtout qu'il faut s'en prendre des phénomènes qui se sont produits. Dans les deux cas, les plaies consécutives à l'inoculation vaccinale ont eu tous les caractères apparents d'accidents spécifiques. C'est en cela surtout qu'ils méritent de fixer l'attention et qu'il était intéressant de les rapprocher des anomalies vaccinales observées par moi.

Comme le docteur Zambaco, je crois que ses clients n'étaient pas à l'abri de la variole, à la suite de cette inoculation vaccinale, et qu'ils devaient être revaccinés à nouveau. Ce qui s'est produit chez la jeune enfant qui fait l'objet de l'observation n° X me confirme dans cette opinion. Chez celle-ci, j'ai obtenu, par une vaccination faite douze mois après la vaccination anomale, six boutons, un peu modifiés, de vaccine légitime, ce qui démontre bien que la vaccination précédente ne l'avait pas mise à l'abri de la variole.

XII

De l'ensemble de ces observations, j'ai le droit de conclure :

1° Que les manifestations observées chez les enfants vaccinés le 20 juillet 1882 n'avaient rien de syphilitique;

2° Que ces accidents étaient de nature inflammatoire et qu'ils étaient la conséquence de l'inoculation d'un vaccin altéré par la présence du pus;

3° Que l'inoculation d'un vaccin altéré peut déterminer des accidents qui ont un retentissement, plus ou moins sérieux, sur la constitution des enfants vaccinés;

4° Qu'il est facile de confondre des manifestations de vaccine anomale avec des accidents syphilitiques;

5° Qu'il faut apporter la plus scrupuleuse attention dans le choix de l'enfant qui doit servir de vaccinifère;

6° Qu'il est indispensable d'avoir recours à la vaccination animale lorsqu'on n'a pas une certitude absolue sur la pureté du vaccin humain.

## BIBLIOTHÈQUE

Les épanchements du péritoine dans les tumeurs de l'appareil génital interne de la femme (*ascite et tumeurs de l'abdomen*). — Steinheil, 1889.

M. le docteur P. Sebileau, prosecteur de l'amphithéâtre des hôpitaux, ancien interne lauréat, a consacré à ce sujet une très intéressante étude dont voici les conclusions :

Les caractères des ascites qui accompagnent les tumeurs du petit bassin permettent de les diviser en ascites simples, ascites gélatineuses, ascites à éléments épithéliaux, ascites à organismes inférieurs, ascites à globules rouges, ascites chyliformes, ascites bilieuses, ascites dermoïdes.

Le péritoine présente différentes lésions qui sont : la lavure, l'irritation, l'inflammation simple, l'inflammation spécifique.

Il n'existe pas un seul caractère du liquide qui, envisagé isolément, permette d'affirmer qu'il provient du péritoine et non d'un kyste de l'ovaire. La proportion des matières fixes elle-même n'a qu'une valeur relative. L'ensemble de plusieurs caractères permet ordinairement le diagnostic.

Toute tumeur du petit bassin provoque l'ascite; mais les tumeurs malignes en sont la cause la plus fréquente (kystes végétants, épithélioma de l'ovaire).

Ce n'est pas toujours la même cause qui engendre l'ascite simple : à chaque cas convient peut-être une théorie pathogénique différente : même il est possible que plusieurs raisons contribuent, chez une même malade, à former un épanchement ascitique. La réaction du péritoine est l'élément principal : aussi faut-il attacher en l'espèce une grande importance à l'altération, quelle qu'elle soit, des parois de la tumeur.

Les ascites chyliformes sont surtout le fait de la péritonite chronique.

Les ascites gélatineuses proviennent d'une rupture du kyste ou de la sécrétion de ses végétations externes.

Les ascites bilieuses sont ordinairement de provenance hémaphéique.

Les ascites sanguines sont la conséquence ordinaire des tumeurs malignes : cette loi n'est cependant pas absolue.

Les moyens ordinaires (palpation, percussion, etc.) dont dispose le diagnostic ne suffisent pas souvent à éclairer le chirurgien sur les caractères de la tumeur cachée sous l'ascite. Il faut pratiquer alors la ponction exploratrice. L'incision lui est souvent préférable : celle-ci ne mérite pas les reproches dont elle a été accablée.

L'ascite n'est pas toujours d'un pronostic sombre : elle facilite quelquefois l'opération; mais la présence du liquide dans un péritoine altéré, épaissi, enflammé, est une mauvaise chose.

L'ascite, en tant qu'ascite, ne contre-indique jamais l'opération; elle impose souvent deux précautions nécessaires : 1° La toilette du péritoine (nettoyage, lavage); 2° le drainage.

On retrouve dans cette thèse les qualités qui ont distingué jusqu'ici notre jeune collègue dans tous les concours où il a triomphé et qui lui vaudront, nous n'en doutons pas, les mêmes succès dans l'avenir. — P. Le Gendre.

## REVUE DES JOURNAUX

**Evacuation de la vessie par la compression manuelle.** — Le docteur Julius Haddaens (d'Idar), a trouvé que la compression manuelle de la vessie pouvait parfaitement remplacer le cathétérisme dans un nombre considérable de cas où celui-ci était impérieusement indiqué. Il emploie deux méthodes dont on peut se servir alternativement afin de laisser reposer les mains lorsqu'elles sont fatiguées. Dans la première méthode, le chirurgien se tient au côté du malade qui est couché sur le dos. Tourné vers la tête de celui-ci, il place la main gauche à droite de la vessie, la main droite à gauche, de façon que les pouces reposent près de la symphyse pubienne, puis comprime la vessie en bas et en arrière, les pouces se rapprochant peu à peu des petits doigts. Dans la seconde méthode, le chirurgien tourne le dos vers la tête du patient, et saisit la vessie entre les mains dont le bord cubital est placé près du ligament de Poupart, les bouts des doigts étant réunis au-dessus du pubis. Dans la première méthode, le principal effort est réservé aux pouces; dans la seconde, aux doigts; la dernière est principalement applicable dans les cas où la vessie n'est que partiellement remplie.

La compression manuelle ne doit être employée qu'avec prudence dans les cas où la vessie est très distendue, elle est tout à fait contre-indiquée lorsque la vessie est douloureuse ou enflammée. Elle est principalement utile lorsqu'il existe une paralysie de la couche musculaire de la vessie, avec ou sans affection paralytique consécutive. Lorsque le sphincter est paralysé, de sorte qu'il existe de l'incontinence, la méthode peut être employée pour vider la vessie lorsqu'elle est partiellement remplie, afin d'empêcher que le malade urine goutte à goutte par regorgement. Un avantage de la méthode manuelle est qu'on peut l'enseigner sans crainte dans beaucoup de cas aux personnes de l'entourage du malade, et ainsi la vessie peut être vidée à heures fixes, et aussi souvent que le chirurgien le croit nécessaire. (*The Lancet*, 3 mars 1889, p. 495.) — Dr Ph. L.

Thèses pour le doctorat en médecine présentées et soutenues devant la Faculté de médecine de Lyon pendant le 1er trimestre de 1889.

Barban (Antoine) : Contribution à l'étude de l'extraction capsulaire partielle ou totale dans l'opération de la cataracte. — Waill (G.-Adelson) : Pahogénie nouvelle de l'ougle incarné; étiologie. — Mugniéry (Joseph) : Lavages intra-oculaires après l'extraction de la cataracte. — Borry (Eugène) : De l'enclavement irien consécutif à l'extraction de la cataracte, principalement d'après la méthode française. — Chobaut (Alfred) : De la tarsectomie antérieure totale et partielle dans les cas pathologiques. — Bonnefoit (Ph.) : Du mal perforant généralisé chez les ataxiques. — Giraud (Barthélemy) : Du blépharospasme et de son traitement. — Jassoud (Édouard) : Du traitement de l'endométrite hémorrhagique chronique par la thermo-cautérisation intra-utérine.

*Thèse pour le grade de pharmacien de 1re classe.*

Garcin (Alphonse-Gabriel) : Recherches sur les Apocynées; étude de botanique et de matière médicale.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'Éthérisme en Irlande. — L'Irlande, qui est déjà un des pays les plus ravagés par l'alcoolisme, aurait encore la spécialité d'une autre intoxication, celle de l'éther. Dans certains comtés, ceux de Londonderry et de Tyrone, entre autres, l'abus de l'éther serait une cause fréquente d'admission dans les asiles d'aliénés; et il est question d'établir une réglementation du trafic de l'éther et des mesures propres à restreindre ce nouveau genre d'ivrognerie. (*Bull. méd.*)

## COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des fêtes de Paques, *l'Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 23 avril.

— Par décret du 16 avril 1889, M. Demange, agrégé, est nommé professeur de médecine légale à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 16 avril 1889, il est créé une chaire de physique à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie d'Angers, à partir du 1er novembre 1889.

— Pendant les vacances de Pâques, les bureaux du secrétariat sont fermés du vendredi 19 au mercredi 24 avril, inclusivement.

— Nous avons le plaisir d'apprendre que notre bon ami et ancien collaborateur, le docteur Durand-Fardel, vient d'être nommé membre de l'Académie royale des sciences de Lisbonne.

Les Écoles de médecine navale. — Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante aux préfets maritimes de Brest, Rochefort et Toulon :

« Monsieur le vice-amiral, j'ai pris connaissance des rapports de fin d'année, établis par MM. les directeurs du service de santé, et j'ai été heureux de constater les excellents résultats obtenus, pendant l'année 1888, dans l'enseignement des trois écoles de médecine navale.

« Ces résultats sont de nature à assurer dans de bonnes conditions le recrutement du corps de santé de la marine.

« Vous voudrez bien témoigner ma satisfaction à M. le directeur de Toulon, pour la manière digne d'éloges avec laquelle il a dirigé les cours pendant l'année 1888.

« Je saisis cette occasion pour vous prier de rappeler aux étudiants des nos écoles, ainsi

qu'aux familles qui ont l'intention de destiner leurs fils à la médecine navale, que d'après le concert établi entre le département de l'instruction publique et de la marine, l'équivalence des inscriptions du doctorat en médecine continuera à être accordée, dans les conditions actuelles, aux étudiants, tant que les Chambres n'auront pas statué sur le projet de loi déposé pour la réorganisation des écoles de médecine navale. »

— Au Conseil municipal, M. Levraud a rapporté deux pétitions émanant, l'une de Mlle Blanche Edwards et l'autre de Mlle Victorine Benoit, toutes deux docteurs en médecine, demandant à être chargées d'un service médical dans les écoles de la Ville. Ces deux pétitions sont renvoyées à l'administration, avec avis favorable.

Le transport des contagieux. — Sur le rapport de M. Levraud, et en conformité de la délibération de principe prise le 17 juin 1887, le Conseil municipal a voté, dans une de ses dernières séances, l'inscription d'un crédit de 38,870 fr. pour l'aménagement d'une station de voitures d'ambulance pour le transport des malades atteints d'affections transmissibles ou contagieuses. Douze voitures, type perfectionné, seront construites pour ce service.

— La Faculté de médecine de Nancy vient de présenter, pour la chaire de botanique déclarée vacante :

En première ligne M. Macé, de Nancy ;

En deuxième ligne, M. Beauvisage, de Lyon.

— M. le docteur Feltz est nommé médecin du lycée de Nancy, en remplacement de M. Lallement, décédé.

M. le docteur Rohmer est nommé médecin adjoint dudit lycée, en remplacement de M. Demange, démissionnaire.

Vaccinations en vue de l'Exposition. — L'ouverture prochaine de l'Exposition et l'immigration des marchands forains qu'elle déterminera nécessairement, ont attiré l'attention de M. le professeur Proust, qui a lu et fait adopter par le Conseil d'hygiène de la Seine, un court et intéressant rapport, M. Proust, après avoir signalé des cas de variole introduits par des nomades à Marigny-Marmande et à Chinon, dans Indre-et-Loire, a conclu par les deux résolutions suivantes :

1° Il y a lieu de vacciner et de revacciner tous les nomades, marchands forains, baladins et saltimbanques qui vont arriver à Paris pour l'Exposition universelle;

2° Aucune installation ne pourra être autorisée, sous quelque prétexte que ce soit, si ces individus ne possèdent pas un certificat constatant cette vaccination ou revaccinat n récente.

— La Société libre d'agriculture, sciences, arts et belles-lettres du département de l'Eure vient de prendre l'initiative d'une souscription pour élever un buste à la mémoire du regretté créateur de l'anatomie clastique, M. le docteur Auzoux.

Nous signalons cette souscription à la bienveillante attention de nos lecteurs, qui peuvent adresser leurs offrandes, soit à M. Buisson, secrétaire de la Société libre de l'Eure, à Évreux; soit à M. le docteur Taurin, rue Perronnet, 3, à Paris; soit à M. le docteur Baudré, au Neubourg (Eure).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24 rue Chauchat.

**Sommaire**



## Le cancer dans une commune de Normandie. — Nature contagieuse et mode de propagation du mal,

Par le docteur Arnaudet (de Cormeilles).

Ce travail comprendra : 1° une partie statistique établissant la fréquence du cancer dans une commune de notre région ; 2° quelques considérations tirées des faits observés et relatives au caractère probablement infectieux et à un mode de transmission de la maladie.

### I. — *Statistique.*

La population de Saint-Sylvestre-de-Cormeilles, qui dépassait 500 habitants il y a quelque vingt ans, est tombée actuellement à 379 personnes; au recensement de 1881, qui a servi de base à nos calculs, elle comptait 398, près de 400 âmes.

Les recherches ont porté sur une période de 8 années, de 1880 à 1887 inclusivement.

Dans ce laps de temps, il a été enregistré 74 décès.

Dans le nombre figurent 11 décès par cancer, dont le tableau ci-dessous indique la répartition suivant l'année, le sexe, l'âge et le siège :

| ANNÉES. | SEXE. masculin | SEXE. féminin. | AGE. | SIÈGE. |
|---|---|---|---|---|
| 1880........ | 1 | | 83 | estomac. |
| 1881........ | » | | » | |
| 1882........ | » | | » | » |
| 1883........ | » | 1 | 74. | estomac. |
| 1884........ | 1 | » | 71. | estomac. |
| 1885........ | 3 | » | 70, 62, 71. | estomac, cou, estomac. |
| 1886........ | 3 | » | 61, 84, 65. | mésentère, estomac, face. |
| 1887........ | 2 | » | 67, 76. | estomac, estomac. |

Voyons d'abord les conclusions qui découlent des chiffres :

Le total des décès étant de 74 et le nombre des cancéreux de 11, ceux-ci forment donc plus du septième des cas, exactement 1 sur 6,12. En d'autres termes, pour 100 décès, il y a eu 14,88 décès par cancer, près de 15 p. 100.

Si nous recherchons le rapport des cancéreux à la population de Saint-Sylvestre (398 personnes), un calcul facile à répéter montre que, pour la période examinée de huit années, il y a eu mort par cancer : 0,345 p. 100, et par an.

Le nombre décimal de 0,345 p. 100 ne paraît rien dire tout d'abord à l'es-

prit; pour acquérir toute sa valeur statistique, il doit être en quelque sorte grossi à la loupe, j'entends rapporté à un chiffre de population plus considérable, à 100,000 habitants, par exemple.

Et alors il ne s'agit de rien moins que d'une léthalité annuelle de 345 personnes sur 100,000.

A ce compte, Rouen et le Havre perdraient tous les ans chacun 350 cancéreux environ, et Paris à lui seul 7,900 (sept mille neuf cents). Hécatombe formidable.

J'ignore le chiffre exact pour nos deux grandes villes normandes, mais, pour Paris, voici la réalité, M. le docteur Jacques Bertillon, le distingué directeur de la statistique municipale, auquel j'offre l'expression de ma vive gratitude, a bien voulu me la faire connaître par le tableau et dans les termes suivants, que je n'ai qu'à transcrire :

*Pour 100,000 habitants de Paris, combien de décès par cancer de chaque nature en 1886?*

| SIÈGE | Pour 100,000 hommes. | Pour 100,000 femmes. | Pour 100,000 des 2 sexes. |
|---|---|---|---|
| Cancer de la bouche | 8,1 | 0,7 | 4,4 |
| — des intestins, du rectum | 7,6 | 9,6 | 8,6 |
| — de l'estomac et du foie | 48,0 | 38,0 | 43,0 |
| — de l'utérus | » | 51,2 | 25,6 |
| — du sein | 0,7 | 17,1 | 8,9 |
| — de la peau | 2,1 | 1,5 | 1,8 |
| — autres | 13,9 | 11,3 | 12,6 |
| Total des cancers par 100,000 habitants | 80,4 | 129,4 | 104,9 |

En nombres absolus, il y a eu 887 cancers masculins et 1,486 cancers féminins, au total 2,373.

Ce chiffre, rapporté à la mortalité totale de Paris, équivaut à 4,16 p. 100 décès. »

Afin de conserver aux chiffres toute leur éloquence, il suffit de les mettre en parallèle pour Paris..... et Saint-Sylvestre, si toutefois il est permis de comparer les petits aux grands :

| Par cancer. | Paris. | Saint-Sylvestre. |
|---|---|---|
| Pour 100 décès | 4,16 | 14,88 |
| Décès par 100,000 | 104,9 | 345 |

Au résumé, le cancer s'est montré trois fois plus fréquent à Saint-Sylvestre qu'à Paris.

La lecture de notre tableau n'aura pas manqué de suggérer plusieurs remarques relatives au sexe, à l'âge des sujets et au siège de la maladie.

Sexe. — Nous relevons dix hommes cancéreux contre une seule femme, encore celle-ci était-elle atteinte d'un cancer de l'estomac, variété qui n'est pas la plus habituelle au sexe féminin.

Age. — L'affection n'a frappé que des vieillards de 61 à 84 ans.

Siège. — Sur les onze cas, nous avons noté un épithélioma de la face, un sarcome du cou, une tumeur indiquée comme intéressant le mésentère et huit fois le squirrhe de l'estomac.

Pour expliquer ces anomalies, il y a lieu d'invoquer le petit nombre de faits, peut-être un hasard de série et plus encore, en ce qui concerne le siège, l'influence d'une cause locale sur laquelle je reviendrai. Disons toutefois que, dans notre clientèle, le carcinome s'observe à tous les âges, très

rarement pourtant chez les enfants; ici également la femme est plus souvent frappée que l'homme; enfin, nous voyons des tumeurs de tout siège et de toute variété, depuis le cancroïde qui dure des années, jusqu'au sarcome à marche suraiguë entraînant la mort en six semaines à deux mois.

On aurait tort de croire que la situation grave, qui vient d'être mise en lumière, soit particulière à Saint-Sylvestre-de-Cormeilles. D'accord avec plusieurs confrères que j'ai interrogés, j'estime, au contraire, qu'une étude embrassant toute la région fournirait des résultats, sinon semblables, au moins approchants. Et, pour donner une idée de la fréquence de l'affection, je n'hésite pas à affirmer, avec mon excellent confrère le docteur Violle (de Beuzeville), que le cancer se rencontre plus souvent même que la phthisie pulmonaire, proposition qui, partout ailleurs, serait sans doute taxée d'énormité. Les séries, en effet, de 3, 4 et même 7 cancéreux ne sont pas très rares, et jamais je n'ai eu un tel contingent de poitrinaires.

II. — *Caractère contagieux et mode de propagation du cancer.*

Nous devons maintenant présenter quelques considérations moins arides que la statistique et tendant à prouver : 1° que le cancer est une maladie infectieuse et transmissible; 2° que l'eau est le véhicule ordinaire du germe morbide; j'ajouterai, non seulement l'eau en nature, mais le cidre.

Des 11 cas de cancer relevés dans mon tableau, 5 ont été observés dans différents quartiers de Saint-Sylvestre et sans qu'il soit possible d'établir aucun lien entre eux.

6 cas, au contraire, se sont groupés sur un espace restreint, et avec des circonstances de lieu et de temps qui en forment un véritable faisceau.

Le territoire de Saint-Sylvestre-de-Cormeilles est constitué en grande partie par un plateau se rattachant à l'est au grand plateau dit du Lieuvin, et se terminant en promontoire au couchant vers Cormeilles, où il est comme étranglé entre deux vallées.

Le plateau est principalement consacré à la culture; les vallées sont aménagées en herbages et cours plantés. Sous-sol marneux et argileux.

Deux villages contigus furent le théâtre du drame multiple que nous étudions; ils sont situés : le premier (le Mesnil), sur le plateau non loin de la lisière; l'autre (la vallée Noire), sur le versant qui fait suite au plateau. L'écoulement des eaux a lieu forcément du premier par le second.

En 1880, succomba Lhostalais. Cancer d'estomac.

En 1884, trois ans plus tard, je perdis Guénet. Cancer d'estomac classique. A signaler l'abondance des vomissements et ce détail, dont je fus plusieurs fois témoin, que les matières vomies étaient toujours et naturellement répandues sur le fumier, sur l'herbe.

L'année suivante, dans la seule année 1885 et dans le même village de la vallée Noire, dont le nom sinistre n'était que trop justifié, je vis mourir successivement Maugard, Guettier et Boulley, celui-ci d'un sarcome du cou, les deux autres de cancer d'estomac.

Cette série, qui m'est personnelle et qui fut le point de départ de ce travail, évolua en vingt-deux mois.

Enfin, Poplu est mort en 1887, au lieu même où était mort Lhostalais, le premier; leurs maisons, en effet, sont contiguës et la mare est commune.

La maison de Guénet, à mi-côte, est située directement au-dessous de celle de Lhostalais et directement au-dessus des maisons des trois autres

cancéreux de la vallée Noire, sises tout à fait dans le bas et à peu près sur un même plan.

Je m'empresse de dire que les recherches touchant l'hérédité ont été négatives pour tous les malades ; deux étaient cousins issus de germains. L'influence de l'alcoolisme a été également nulle; deux à peine avaient fait quelques excès; les autres, soit vertu, soit parcimonie, étaient des modèles de sobriété. Tous étaient originaires du pays ou s'y étaient fixés depuis longtemps.

Pareille accumulation de cancéreux sur un espace si réduit, car il s'agit d'un carré irrégulier de 300 mètres de côté à peine, alors que ni le genre de vie, ni l'hérédité n'expliquaient rien, devait faire songer à une cause commune et locale de la maladie.

Mais on est entraîné à cette conclusion en considérant le fait si net : que les décès se sont succédé, étayés dans l'ordre des habitations. Le cancer a procédé, en effet, avec régularité, de haut en bas, en suivant la pente; en un mot, il a marché comme l'eau.

La progression du mal, dans le sens de l'eau, conduit logiquement, il me semble, à accuser celle-ci d'avoir servi de véhicule, et révèle du même coup et l'existence d'une cause, d'un germe morbide et son moyen de transport.

Je me crois donc autorisé à soutenir que le cancer a été transmis de Lhostalais, qui habitait non loin du bord du plateau, à Guénet, qui demeurait à mi-côte, et de celui-ci aux trois autres victimes de la vallée Noire.

Un intervalle d'environ trois ans sépare la mort des deux premiers, tandis que, entre Guénet et Maugard, Guettier, Boulley, il s'écoule à peine vingt-deux mois.

Quant à Poplu, contaminé certainement par son proche voisin Lhostalais, il ne le fut qu'au bout de cinq à six ans.

La conséquence de ces faits est que le germe cancéreux peut se conserver longtemps dans le sol ; on sait bien d'ailleurs que la vitalité des spores est indéfinie.

Dans les quatre cas que j'ai observés personnellement, l'affection s'est déclarée et a évolué avec une rapidité remarquable; sans doute les matières vomies abondamment par Guénet et rejetées sur le sol ont trouvé, dans la déclivité du lieu, une condition plus favorable pour leur prompte diffusion.

Le siège du cancer chez tous les sujets, cinq fois le cancer d'estomac sur six cancéreux, plaide encore fortement en faveur de la contagion, et il est tout à fait rationnel d'incriminer les ingesta. Même le sarcome du cou que j'ai noté doit reconnaître la même origine; il a suffi d'une simple éraillure buccale pour ouvrir au germe morbide la voie lymphatique et l'accès des ganglions.

Ainsi le cancer serait infectieux et transmissible et l'eau lui servirait de véhicule.

Reste à examiner la question très importante de l'eau.

Le plateau de Saint-Sylvestre ne dispose que d'eau de mares. Le village de la vallée Noire possède trois ou quatre sources d'un faible débit, qui proviennent d'une très petite profondeur et reçoivent les infiltrations ou plutôt sont alimentées par celles-ci, car elles se troublent par les pluies d'orage et sont souvent à sec l'été. De sorte que là encore les mares constituent la grande sinon l'unique ressource, et en tout cas le quartier qui nous occupe manque absolument d'eau pure.

Mais sous quelle forme l'eau s'est-elle montrée nuisible?

L'eau servant aux besoins culinaires n'offre guère de danger, car il faut admettre, par analogie, que l'ébullition lui fait perdre ses mauvaises qualités.

Je dois confesser qu'aucun de nos malades n'était buveur d'eau, sinon fort accidentellement; dès lors, l'eau en nature a été vraisemblablement innocente.

Force est donc de se rabattre sur la boisson du pays, sur le cidre. Dans les campagnes, l'eau des mares est employée exclusivement pour sa fabrication, et on n'ignore pas qu'une mare est estimée chez nos villageois, en raison directe de sa coloration, c'est-à-dire de son impureté.

Or, il n'est pas admissible que la fermentation du jus de la pomme, si lente et souvent incomplète, suffise pour détruire les organismes apportés par l'eau. L'alcool résultant de la fermentation, une fois le cidre fait, n'est pas capable d'exercer davantage un rôle antiseptique, car il est trop dilué; la teneur alcoolique du cidre devient trop faible par l'addition aqueuse.

Par exclusion, nous sommes donc amené à penser que, dans la plupart des cas, le cidre a servi de moyen de transport au germe du cancer, comme il le fait peut-être pour d'autres germes morbides. Ce n'est pas un motif pour condamner cette boisson qui passe pour essentiellement bonne et saine; mais, au nom de la santé publique, nous avons bien le droit d'exiger pour sa confection l'emploi d'eau véritablement pure.

J'espère que les faits qui précèdent pourront constituer un appoint pour la doctrine encore jeune de la contagion.

Le microbe spécifique n'est pas trouvé, il est vrai, et Berlin, qui l'avait annoncé avec fracas, en est toujours à discuter s'il s'agit du bacille du cancer ou du bacille de la pomme de terre.

L'expérimentation sur les animaux, même tout récemment (Héricourt et Ch. Richet), ne semble guère avoir donné de résultats positifs.

L'expérimentation sur l'homme aurait-elle plus de succès? Non qu'on puisse jamais l'excuser, loin de la conseiller; mais il faut bien rappeler, sous réserves toutefois, le cas de notre célèbre dermatologiste Alibert, grand ennemi de la contagion, et qui s'étant, par bravade, inoculé du suc d'encéphaloïde, serait justement mort cancéreux, prouvant tristement contre sa thèse.

La clinique est plus affirmative. Il paraît avéré que médecins et chirurgiens nous payons un plus fort tribut que le reste des mortels à la terrible maladie avec laquelle nous sommes si souvent en lutte. Les journaux anglais ont rapporté plusieurs observations concluantes de contagion directe: cancer du pénis chez le mari, la femme ayant une tumeur utérine; ulcération spécifique de la main et tumeur de l'aisselle chez une femme qui soignait sa maîtresse atteinte d'un carcinome de la matrice et qui lavait son linge, etc.

Assurément d'autres matériaux sont nécessaires pour fixer définitivement les idées; il n'en est pas moins permis de prévoir le jour peut-être prochain où, de même que la tuberculose, le cancer tombera du rang de diathèse au rang de simple maladie locale et de cause externe.

Mais j'ai hâte de terminer cette étude déjà longue et de conclure :

1° Le cancer sévit avec une intensité excessive dans cette partie de la Normandie (confins de l'Eure et du Calvados). Il existe donc une cause locale;

2° La clinique autorise à affirmer la nature infectieuse et transmissible d'un sujet à un autre du carcinome;

3° L'eau est, comme pour la fièvre typhoïde, le véhicule ordinaire du germe cancéreux; l'eau en nature et plus probablement, dans notre contrée, le cidre;

4° L'eau des mares, et en général toute eau impure, devrait être absolument proscrite de la fabrication du cidre;

5° Nos connaissances actuelles nous font un devoir de détruire, dans la mesure du possible, tous les produits morbides de nos malades (vomissements des cancéreux, crachats des phthisiques, selles des typhiques, etc.). A défaut d'antiseptique plus puissant, on a toujours sous la main l'eau bouillante, soit seule, soit additionnée de sel marin.

---

## M. Chevreul.

Bien que cet homme éminent n'appartînt pas directement au corps médical, ses travaux sur la chimie, sa nomination à l'Académie des sciences et à l'Académie de médecine, et surtout sa longue sollicitude pour les étudiants, nous font un devoir de nous joindre à ceux de nos confrères qui ont rappelé les services qu'il a rendus à la science.

Michel-Eugène Chevreul, né à Angers le 31 août 1786, est mort à Paris, le 9 avril, âgé de 102 ans et demi. Il vint à Paris à 17 ans, entra dans la fabrique de produits chimiques de Vauquelin, qui peu de temps après le prit comme préparateur de son cours d'histoire naturelle, fut nommé en 1813 professeur de chimie au Lycée Charlemagne et en 1823 directeur des teintures et professeur de chimie spéciale à la Manufacture des Gobelins. Dès 1826, il fut élu membre de l'Académie en remplacement de Proust et en 1828 à l'Académie de médecine, dans la section des associés libres. En 1830, il remplaça Vauquelin dans la chaire de chimie appliquée au Muséum, dont il devint directeur en 1864.

Les travaux de Chevreul sont innombrables; ses seuls mémoires à l'Académie des sciences sont au nombre de plus de 400, tous importants au dire de M. Descloizeaux, président de l'Académie. Ils sont relatifs à la physique et à la chimie des couleurs, aux corps gras, aux applications de la chimie à la teinture et à la peinture, etc., etc.

Parmi les grandes qualités qui ont fait de M. Chevreul le vrai savant, ont brillé en première ligne l'amour du travail, le désintéressement, l'indépendance du caractère. Son amour pour le travail, il l'a assez prouvé par ses nombreuses communications à l'Académie des sciences et ses ouvrages sur la chimie; son désintéressement, qui en douterait, en se rappelant que M. Chevreul, après avoir inventé le moyen de fabriquer la bougie stéarique, n'a retiré de sa découverte que le prix de 12,000 francs fondé par le marquis d'Argenteuil? Quant à sa découverte, qui aurait pu lui assurer une fortune immense, il la donna au public, et d'autres en ont profité; lui n'y voyait que la solution d'un problème scientifique! L'indépendance de son caractère s'affirma dans maintes occasions, entre autres dans ce jour où l'empereur, l'impératrice et toute la cour étant venus visiter la manufacture des Gobelins, M. Chevreul, alors directeur, s'absenta et laissa son garçon de bureau faire les honneurs de l'établissement aux illustres visiteurs. Aussi ne fut-il ni pair de France, ni sénateur, étant si mauvais courtisan. Cependant, il était commandeur de la Légion d'honneur depuis 1844, grand officier depuis 1865, grand'croix depuis 1875.

MM. Maloizel et Desnoyers, bibliothécaires au Muséum, ont résumé les *Œuvres scientifiques* de M. Chevreul, *doyen des étudiants de France*, à l'occasion de son centenaire (1806-1886). — L.-H. P.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 avril 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Une note sur un nouveau procédé de conservation du vaccin, par M. le docteur Joly (de Neufchâtel);

2° Un pli cacheté relatif à un appareil destiné au traitement des affections des voies respiratoires, adressé par M. le docteur G. Reignier (de Surgins);

3° Une note sur le traitement de la variole par le badigeonnage des pustules avec de la teinture d'iode, par M. le docteur Chaberliez (de Romans);

4° Un mémoire sur l'origine et les causes déterminantes de l'hydrophobie, par M. le docteur Malleville (de Marseille);

5° Une lettre de M. le docteur G. di Lorenzo (de Naples), qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

M. REGNAULD : Dans une précédente communication, faite en mon nom et en celui de M. Villejean, nous avons signalé les propriétés anesthésiques du formène bichloré ou chlorure de méthylène. Le produit anglais qu'on appelle de ce nom n'est qu'un mélange de quatre parties de chloroforme pour une d'alcool méthylique. Ce mélange a donné d'excellents résultats à MM. Spencer Wells, en Angleterre, et à Le Fort en France ; il a l'avantage d'être inaltérable, ce qui n'est pas vrai pour le chloroforme.

Quant au chlorure de méthylène véritable, il a bien l'avantage d'être inaltérable, mais sa préparation est longue et difficile et les expériences faites sur les animaux semblent montrer que ce produit expose à de graves accidents.

M. LEBLANC : Dans sa communication, M. Verneuil considère une hypothèse comme une vérité indiscutable, et sur elle il base toute son argumentation. Le cheval sain pourrait transmettre une maladie qu'il n'a pas et dont il porte simplement le germe. Je ne connais pas un seul fait qui vienne à l'appui de cette théorie. Il peut arriver qu'un animal sain serve de véhicule à un virus dont il n'a pas subi les effets; mais c'est là chose exceptionnelle et sur laquelle on ne peut pas baser une loi pathologique.

Dans les cas de tétanos qu'il rapporte, M. Verneuil cherche et trouve toujours soit un cheval, soit du fumier, soit de la terre. Mais il n'est pas d'individu qui ne soit continuellement exposé à contracter cette maladie, tous les cultivateurs, par exemple, ou même les personnes qui vont en voiture. Il est des faits, du reste, où le tétanos s'est produit en l'absence de tout cheval ou de tout fumier, comme les cas qui ont été signalés chez des marins. Comment, d'autre part, le fumier serait-il virulent quand les excréments ne le sont pas? La terre qui a reçu le fumier devrait l'être encore moins.

Pour l'eau, je ne puis insister, puisque notre collègue reconnaît que la discussion est tout à fait théorique sur ce point. Néanmoins, il faut remarquer la coïncidence signalée par lui entre les plaies suivies de refroidissement chez les blessés abandonnés sur un champ de bataille et les épidémies de tétanos. La contagion par l'air et les poussières est encore moins prouvée que celle par l'eau.

Enfin, on ne note pas de cas de transmission directe du tétanos des animaux malades à ceux qui les soignent. Jamais on n'a isolé dans les infirmeries les chevaux tétaniques, et jamais les chevaux voisins n'ont été contagionnés. Les faits d'inoculation du tétanos à de petits animaux ne sont pas constants. Il faut encore remarquer que l'échec de l'antisepsie en ce qui concerne cette maladie est une raison de douter de sa nature infectieuse.

Pour M. Verneuil, la seule cause prédisposante au tétanos est le commerce avec les chevaux; pour moi et quelques autres, ce qui prédispose au tétanos, ce sont les conditions hygiéniques et climatériques défectueuses où se trouvent les animaux blessés, et je suis persuadé que ces conditions jouent le rôle principal dans la production du tétanos.

Quant à l'agent virulent, il y a lieu d'hésiter entre deux microbes déjà décrits et plusieurs ptomaïnes. Il n'est donc pas démontré.

Pour terminer, je résumerai ainsi mon opinion :

L'origine équine et bovine du tétanos n'est pas prouvée; si dans quelques cas son origine tellurique est probable, dans le plus grand nombre elle est fort contestable.

La contagion par l'eau, par l'air et par les poussières n'est pas admissible et on n'est pas très certain de la nature des germes (microbes ou ptomaïnes) considérés comme cause unique de cette maladie.

L'influence de la prédisposition est indéniable et elle joue le rôle principal dans la genèse du tétanos.

Expérimentalement on a démontré la nature infectieuse limitée du tétanos en inoculant des tissus altérés ou de la terre appartenant à des régions infectées; pratiquement, la contagion, qu'il s'agisse de l'homme ou des animaux, n'a pas été prouvée.

Il n'y a aucune utilité à placer le tétanos au nombre des maladies contagieuses inscrites dans la loi du 21 juillet 1882.

M. Nocart : J'ai suivi de très près la campagne entreprise par M. Verneuil, mais, j'ai le regret de le dire, je ne suis pas convaincu, parce que les faits de M. Verneuil peuvent être interprétés autrement qu'il ne le fait, et d'une façon qui satisfait mieux l'esprit, parce qu'elle est plus d'accord avec les données expérimentales.

Je ne parle pas des observations se rapportant à des blessés qui ont été en contact plus ou moins direct avec des chevaux tétaniques, parce que l'on peut admettre la possibilité de la contagion du cheval à l'homme.

Pour tous les autres faits, non seulement le cheval incriminé n'avait pas le tétanos, mais encore il n'avait eu aucun rapport avec un animal tétanique. De telle sorte que M. Verneuil n'hésite pas à admettre que le cheval *sain* peut donner le tétanos, non pas parce que tétanique, mais parce que... *cheval*.

Après tout, la chose est possible; mais, pour la faire admettre, il faudrait l'assaisonner de quelque expérience montrant qu'on peut donner le tétanos par l'inoculation d'un produit quelconque (sang, muscle, etc.), prélevé sur un cheval *sain*. Or, cette expérience, nous l'attendons encore; jusqu'à ce qu'on nous l'ait fournie, je me croirai en droit de dire que, pour la plupart des faits cités par M. Verneuil, l'apparition du tétanos s'explique mieux par l'action de la terre qui a souillé la plaie que par le contact du cheval incriminé.

L'action tétanigène de la terre cultivée, voilà, en effet, le seul fait solidement établi; Pourquoi ne pas s'y tenir? Pourquoi surtout vouloir que cette action soit due au fumier de cheval plutôt qu'à celui du bœuf ou du mouton? Le contraire paraît, *a priori*, plus vraisemblable, car on sait que le tétanos est beaucoup plus fréquent à la campagne que dans les grandes villes; à Paris, par exemple, où la population chevaline est considérable, le tétanos est extrêmement rare; ne serait-on pas autorisé à dire que c'est en raison du petit nombre de bœufs ou de moutons qu'on y entretient?

M. Verneuil a reconnu la valeur de ces objections en se déclarant prêt à admettre la provenance *animale* multiple ou l'origine *tellurique* du tétanos; mais il n'en continue pas moins à viser spécialement, sinon exclusivement, le cheval, parce qu'il contracte plus fréquemment le tétanos. Cela n'est pas une raison suffisante.

Voyons, en effet, ce qui se passe pour la septicémie, dont la pathogénie touche par tant de points à celle du tétanos.

En 1875, M. Signol avait eu l'idée d'inoculer méthodiquement le sang de chevaux *sains*, tués par asphyxie; les animaux mis en expérience étaient des moutons et des lapins; tous ceux à qui l'on inoculait le sang dans les veines profondes, quinze heures après la mort, succombaient fatalement en moins de vingt-quatre heures par la septicémie gangréneuse. On eût pu dire alors que la gangrène gazeuse était d'origine équine.

Depuis, les élèves de M. Pasteur ont démontré que le fait se reproduit chez tous les herbivores. Le vibrion septique est ingéré avec les aliments et boissons; il résiste à l'action de la digestion, et il est expulsé avec les excréments sans avoir rien perdu de

sa vitalité, tout prêt à se développer lorsque les conditions de milieu seront devenues favorables.

Je suis tout disposé à croire qu'il en est de même pour le microbe du tétanos. Avant d'assimiler au vibrion septique le microbe du tétanos, il faudrait montrer que ce microbe existe dans l'intestin des herbivores, que les sucs digestifs sont sans action sur lui, qu'on le retrouve dans les excréments, encore apte à provoquer le tétanos chez l'animal auquel on l'inoculerait.

Tout cela est encore à faire, et, jusqu'à ce qu'on l'ait fait, il est sage de nous en tenir aux données qui découlent des faits expérimentaux. Je crois que l'origine équine du tétanos n'est qu'une hypothèse, et ce n'est pas sur une hypothèse, si séduisante qu'elle soit, que l'on peut s'appuyer pour demander l'inscription du tétanos dans la loi sur la police sanitaire des animaux domestiques.

M. Verneuil : J'ai demandé que le tétanos fût rangé parmi les maladies infectieuses, non parce qu'il provient de la terre ou du cheval, mais parce qu'il est inoculable de l'animal à l'homme. Je répondrai dans la prochaine séance aux arguments de MM. Leblanc et Nocard.

M. Leblanc : Il y a bien d'autres maladies infectieuses, et on ne peut pas les ranger toutes parmi celles que vise la loi sur la police sanitaire. On a eu beaucoup de peine à y faire entrer la tuberculose; ce serait encore bien plus difficile pour le tétanos.

M. Verneuil : Ce n'est pas une raison. Ce que le comité des épizooties n'a pas osé faire en 1889, il l'osera peut-être en 1890, puisque la mesure est bonne en elle-même.

— M. Suarez de Mendoza (d'Angers) lit un travail sur la suture de la cornée dans l'opération de la cataracte; il démontre que pour obvier aux enclavements de l'iris qui se produisent dans le cours de l'opération par la méthode de Daviel, il faut obtenir une coaptation complète et stable des bords de la section cornéenne et par suite le prompt et définitif rétablissement de la chambre antérieure. Seule la suture de la cornée a paru lui offrir la garantie désirée.

Il résulte des expériences et de huit opérations avec suture chez l'homme, relatées par l'orateur, que la tolérance de la cornée pour les fils est extrême et qu'on peut laisser ceux-ci en place de cinq à six jours.

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Warlomont (de Bruxelles); en deuxième ligne, M. Semmola (de Naples); en troisième ligne et ex-æquo, MM. Rommelære (de Bruxelles) et Sydney-Ringer (de Londres).

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 avril. — Présidence de M. Horteloup.

M. Monod : Le rapport de M. Lucas-Championnière m'a rappelé une cœlorrhaphie que j'ai pratiquée l'année dernière, sur un jeune homme de 19 ans. Chez ce malade, le testicule était tellement flottant qu'on pouvait à peine le saisir et l'empêcher de filer dans l'abdomen; j'ai dû le transpercer avec un fil de catgut pour le maintenir abaissé; et lui creuser avec peine une sorte de loge dans la bourse; l'opération a été suivie de succès; je dois pourtant ajouter que ce testicule a plutôt été fixé au niveau de la racine de la bourse qu'à la partie profonde.

Cette opération a été pratiquée en France pour la première fois par M. Lucas-Championnière; mais elle avait déjà été faite par Cook, Wood, Max Schüller, qui en a donné le premier une bonne description, par Nicoladoni et plusieurs autres chirurgiens anglais ou américains.

On a pratiqué plusieurs fois cette opération pour des ectopies périnéales; je laisserai de côté cette variété pour ne parler que de l'ectopie inguinale. Il faut encore distinguer l'ectopie inguinale vraie de l'ectopie inguino-abdominale, c'est-à-dire de ces cas

de cryptorchidie dans lesquels le testicule est incomplètement caché et apparaît de temps en temps. Quand il s'agit d'un enfant, il ne faut pas l'opérer de trop bonne heure, comme l'a fait M. Tuffier. Il peut se produire des migrations tardives, jusqu'à 16 ans quelquefois, comme il nous est arrivé à tous de le voir.

C'est donc de 15 à 20 ans qu'il faut opérer, et je pense qu'il ne faut pas attendre après 20 ans pour entreprendre la fixation du testicule. En effet, on sait que les altérations du testicule sont d'autant plus prononcées qu'on vieillit davantage, et que dans ces cas, ce qu'il y a de mieux à faire, c'est la castration.

Il est pourtant une circonstance qui peut autoriser à être plus hardi, c'est l'existence simultanée de l'ectopie et d'une hernie congénitale. Quelques-unes de ces hernies peuvent être guéries par le port d'un bandage; cela est rare, et très souvent le bandage est inapplicable, ou ne peut être toléré à cause des douleurs qu'il provoque. On a vu aussi, mais c'est une exception sur laquelle on ne peut pas compter, la guérison s'obtenir sans bandage, sans aucune intervention On a conseillé de laisser la hernie descendre pour essayer de la refouler seule, ou bien encore de refouler à la fois et testicule et hernie. C'est, je crois, une mauvaise méthode, et il vaudrait mieux pratiquer la cure radicale de la hernie avec fixation du testicule. C'est ce qui est encore bien plus indiqué quand il y a double ectopie testiculaire.

M. Berger : Dans la statistique de cure radicale des hernies, que Wood a publiée, se trouve la relation de six opérations de hernies compliquées d'ectopie chez les enfants. Dans deux cas, il a rencontré, pour faire descendre le testicule, de réelles difficultés déterminées par la brièveté du cordon. Pour y remédier et allonger ce cordon, il a détaché l'épididyme et le canal déférent, et a pu ainsi amener le testicule au fond des bourses par une inversion artificielle.

Dans la migration retardée des testicules, on peut observer, soit des temps d'arrêt, soit même une sorte de réascension du testicule qui paraît avoir une tendance à remonter dans le ventre. L'application d'un bandage est souvent très difficile, mais elle m'a donné plusieurs fois d'excellents résultats.

M. Reclus : J'ai pratiqué deux fois la cœlorrhaphie; dans l'un de ces cas, il s'agissait d'un homme portant une double ectopie testiculaire inguinale, douloureuse d'un côté. Après avoir repoussé le testicule au fond des bourses, je l'ai fixé avec un crin de Florence. Pendant quelque temps, les douleurs ont disparu et l'organe ne pénétrait plus dans le canal; mais, deux mois plus tard, le scrotum avait cédé et s'était retroussé en doigt de gant des deux côtés. C'est une opération qui n'a donc donné qu'un résultat incomplet. Dans le second cas, il s'agissait d'un testicule rencontré à l'anneau pendant une cure radicale de hernie; la fixation en a été faite avec un résultat heureux.

M. Quénu : J'ai opéré un jeune homme qui était atteint d'une hernie congénitale, d'une ectopie testiculaire et d'une hydrocèle. Après avoir appliqué la cure radicale à l'hydrocèle et à la hernie, j'ai fixé le testicule au fond du scrotum par un procédé différent de celui qu'a employé M. Tuffier; au lieu de traverser la tunique albuginée, j'ai fait passer mes fils à travers les ailes de la vaginale et j'ai pu ainsi fixer solidement le testicule; il ne me paraît pas nécessaire de toucher à l'albuginée.

M. Schwartz : J'ai fait deux fois la même opération : la première fois en opérant un varicocèle; le testicule arrêté à l'anneau externe et douloureux a été fixé par deux fils de soie; la guérison a été obtenue. La seconde fois, il s'agissait d'une hydrocèle avec prolongement en cul-de-sac jusqu'à l'aine et ectopie testiculaire. Après l'échec de la fixation simple, je fis le capitonnement de Julliard et une nouvelle fixation, qui, cette fois, fut suivie d'un succès persistant encore trois mois après l'opération.

M. Jalaguier : Chez deux enfants atteints de hernie et d'ectopie, j'ai pratiqué la cure radicale et la fixation. Dans le premier cas, l'opération, faite par le même procédé que Quenu, a été facile et la guérison rapide. Chez mon second malade, des tentatives de tractions et de massages restèrent vaines pour faire descendre le testicule, ce qui était dû, ainsi que l'opération me l'a montré, à l'existence d'une membrane transversale qui n'était autre que le ligament suspenseur des bourses; cette membrane empêchait toute

descente du testicule, et ce ne fut qu'après l'avoir perforée qu'il me fut possible de terminer la fixation. La première de ces opérations date de deux mois et la seconde de six semaines.

M. Routier : Chez un homme de 27 ans, présentant à droite une hernie congénitale, à gauche une ectopie testiculaire, je fis la fixation après des massages. Il en est résulté un petit abcès et une fistule longtemps persistante. Je crois que je devrai faire la castration. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

M. Terrillon : Par le massage et les bandages en fourche, j'ai obtenu de nombreux exemples de guérison chez des enfants.

M. Segond ; Les testicules ectopiés sont morts physiologiquement; il n'y a donc aucun avantage à les suturer et il vaudra souvent mieux les enlever.

M. Trélat : Je n'ai jamais eu l'occasion de pratiquer la cœlorrhaphie. Je crois que c'est une bonne opération, à condition de ne la pratiquer ni trop tôt, car elle pourrait être inutile, ni trop tard, car elle ne serait plus utile. Une fois, dans le cours d'une cure radicale, ayant constaté que le cordon était long, j'ai espéré emprisonner le testicule dans la vaginale en réséquant seulement une partie de celle-ci. Mais le testicule n'a pas tardé à remonter vers l'anneau, et maintenant, dans un cas semblable, je n'hésiterais pas à le suturer.

M. Lucas-Championnière : Il ne faut pas confondre la cœlorrhaphie primitive que j'ai faite le premier dans le but de remédier à une cryptorchidie, avec la cœlorrhaphie de M. Tuffier qui s'adresse à une simple ectopie testiculaire inguinale. Je laisse aussi de côté les cœlorrhaphies secondaires pratiquées au cours de cures d'hydrocèle, de hernie ou de varicocèle.

Je rappellerai, sans insister sur le cas de Schüller, qui ne doit pas être regardé comme un véritable exemple de cryptorchidie, que, chez l'enfant que j'ai opéré, les deux testicules étaient dans l'abdomen; je ne me suis pas occupé du testicule gauche, qui est resté atrophié. Celui du côté droit apparaissait au niveau de l'orifice interne; je l'ai attiré en bas et fixé pour en faciliter le développement. Depuis l'opération, l'enfant a grandi de plus de 10 centimètres et s'est bien développé; actellement son testicule paraît en très bon état.

Comme M. Monod, je crois qu'il ne faut pas opérer trop tôt, car la descente spontanée a souvent lieu; la seule raison que l'on pourrait invoquer en faveur de l'opération précoce est que c'est une opération inoffensive. De même que M. Jalaguier, j'ai rencontré des trousseaux fibreux qui s'opposaient à la descente de l'organe; si M. Schwartz n'a éprouvé aucune difficulté dans ses opérations, cela tenait à ce qu'il n'y avait aucune adhérence. Dans ces cas, ainsi que cela a dû se présenter pour les malades de M. Terrillon, on réussit bien par le massage et les tractions, sans avoir recours à l'intervention. Quant à la fixation, en comprenant l'albuginée, contre laquelle M. Quénu s'est élevé, je ne vois aucun inconvénient à agir de cette façon.

— M. Schwartz : A propos de la communication de M. Pozzi, je rapporterai un cas de suture primitive de la vessie que j'ai pratiquée. C'était chez un homme de 42 ans, que j'avais taillé pour un calcul développé autour d'un corps étranger métallique. La vessie étant saine et les urines normales, j'ai fait deux rangs de suture au fil de soie et j'ai laissé un drain en avant de la vessie. Pendant cinq jours, j'ai maintenu une sonde à demeure. La suture a parfaitement tenu.

M. Lucas-Championnière : J'ai fait trois fois cette même suture, deux fois au cours d'une opération de cure radicale de cystocèle inguinale méconnue et la troisième fois pour une incision vésicale exploratrice. Je ne mets pas de sonde à demeure et je ne fais sonder le malade que suivant ses besoins.

— M. Pozzi lit un rapport sur le mémoire de M. le professur Testut (de Lyon), intitulé : *L'apophyse sus-épitrochléenne au point de vue chirurgical.* — P. C.

## FORMULAIRE

Solution contre les taches de rousseur.

| | |
|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque | 4 grammes. |
| Acide chlorhydrique médicinal | 5 — |
| Glycérine | 30 — |
| Lait virginal | 50 — |

Faites dissoudre. — Matin et soir, on touche avec un pinceau imbibé de cette solution, les taches de rousseur rebelles. — N. G.

## COURRIER

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 11 mai, à sept heures et demie dans les salons du Grand-Hôtel, sous la présidence de M. le professeur Hardy.

Le prix de la cotisation (20 fr. pour les anciens internes, 16 fr. pour les internes en exercice) peut être remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine, économe de la salle de garde ou bien à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

Interdiction de la médecine civile aux officiers de santé de la marine. — Le ministre de la marine vient d'adresser la circulaire suivante à MM. les préfets maritimes :

« Un grand nombre de médecins civils de Toulon viennent de m'adresser de nouvelles plaintes sur la concurrence que continueraient à leur faire, dans la clientèle civile, certains officiers du corps de santé en service à Toulon.

« Je vous prie de tenir strictement la main à ce qu'aucun des officiers du corps de santé ne paie patente et ne tienne en ville de cabinet de consultation.

« Vous voudrez bien, en outre, faire connaître aux médecins de la marine du port de Toulon que, dans le cas où l'un d'eux serait l'objet de nouvelles plaintes à cet égard et ne se renfermerait pas scrupuleusement dans les fonctions de son grade, je n'hésiterais pas à le déplacer immédiatement. »

Hôpital des Enfants Malades. — M. le docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants Malades, reprendra ses conférences sur la chirurgie infantile et l'orthopédie le jeudi 2 mai à neuf heures.

Nécrologie — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Escudier (de Séverac-le-Château).

Société de médecine de Paris. — Séance du 27 avril 1889. — *Ordre du jour* : 1. M. Doléris : Quelques points de diagnostic différentiel de la salpingite. (Suite.) — 2. M. Luc : Opérations incomplètes de végétations adénoïdes du pharynx nasal. — 3. M. Ant. Martin : Asphyxie par submersion. — 4. M. Trousseau : Le traitement des granulations au IIe siècle.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

Sommaire



# BULLETIN

MM. Leblanc et Nocart ont discuté devant l'Académie de médecine les communications de M. Verneuil sur l'étiologie du tétanos. Leur opinion sur ce sujet ne paraît pas avoir été modifiée par les documents nouvellement recueillis. Grâce à ces documents, M. Verneuil avait dit : « Le cheval peut donner le tétanos comme il donne la morve, comme le bœuf et le mouton donnent le charbon, comme le chien donne la rage. » — « Mais, réplique M. Leblanc, ces animaux n'ont jamais donné ces maladies que lorsqu'ils l'avaient eux-mêmes, et les chevaux que M. Verneuil accuse d'avoir transmis le tétanos étaient sains, c'est ce que je ne puis admettre. » M. Leblanc n'admet donc pas non plus, du même coup, la doctrine du microbisme latent, en vertu de laquelle un individu, homme ou animal, peut porter sur lui les germes d'une maladie, et infecter autrui sans s'infecter lui-même; et cependant, quoi de plus fréquent? M. Leblanc va plus loin, il nie la contagion par le fumier, par la terre, par l'eau, même par le cheval tétanique, et va jusqu'à douter de la nature infectieuse du tétanos, sous prétexte que les pansements antiseptiques n'en préservent pas les opérés. Pour lui, on devient tétanique seulement parce qu'on est prédisposé au tétanos, parce

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Le joli mois de mai qui s'approche a sans doute inspiré aux auteurs quelques nouvelles assez folichonnes que nous enregistrons pour mémoire. Qui se serait douté que les crabes mâles avaient recours à la danse pour faire la cour à leurs femelles ?

Nul n'ignore que Darwin et beaucoup d'autres après lui ont indiqué le rôle considérable que jouent dans la sélection sexuelle les ornements de différentes sortes que présentent les mâles de diverses espèces animales; ils ont pour but d'attirer les femelles ou plutôt de faciliter aux mâles leur tâche, en les rendant plus beaux, plus acceptables. Michelet, dans l'*Amour*, a écrit là-dessus quelques pages des plus intéressantes. L'on sait aussi que beaucoup de mâles, dans nombre d'espèces, ont coutume de se pavaner devant les femelles dans le but de s'en faire admirer : la basse-cour en fournit de nombreux exemples; d'autres font admirer leur force en se livrant à l'époque du rut à des combats effroyables.

Bien qu'ils soient en général admirablement armés pour la lutte, et, comme on sait, très batailleurs, il semble que les crabes ne dédaignent point de recourir aux artifices chers au paon, au dindon et au coq, si l'on en croit M. T.-H. Morgan. Cet auteur vient de publier dans le *Popular science Monthly* de février 1889 un court article résu-

que les blessures atteignent, dans certaines régions, des individus qui se trouvent dans de mauvaises conditions hygiéniques ou climatériques. M. Leblanc oublie donc que les opérés atteints récemment du tétanos, dans les services de MM. Berger, Richelot, etc., se trouvaient dans d'aussi bonnes conditions que possible. D'ailleurs, il rejette en bloc toutes les conclusions de M. Verneuil.

Moins radical, M. Nocart est tout aussi sceptique au fond; il veut bien admettre que les opinions émises par M. Verneuil sont possibles, mais elles ne sont pas démontrées; sauf la transmission du tétanos par la terre cultivée, tout reste hypothèse; aussi M. Nocart propose-t-il un moyen terme : disons, si vous voulez, que le tétanos a une *origine animale multiple* ou une *origine tellurique*, que, le fumier provenant aussi bien du bœuf et du mouton que du cheval, tous ces animaux peuvent être tétanifères, mais ne donnons pas au cheval ce privilège exclusif.

En vertu des doutes qu'ils conservent encore sur la question, MM. Leblanc et Nocart pensent qu'il n'y a aucune nécessité à modifier la loi sur la police sanitaire des animaux en ce qui concerne le tétanos. M. Verneuil n'est pas de cet avis, et peut-être la discussion continuera-t-elle dans ce sens. D'ailleurs elle est loin d'être épuisée.

Pendant qu'à l'Académie la nature infectieuse du tétanos était presque niée, au Congrès italien de chirurgie on apportait de nouvelles preuves en sa faveur. M. Tizzoni et Cantani ont trouvé le virus tétanique dans la plaie d'une fracture compliquée; le malade ayant été amputé, mourut néanmoins du tétanos, et l'examen de la plaie du moignon fit découvrir le même virus dans les tissus pris à sa surface; l'inoculation de ces tissus, comme de ceux de la plaie de la fracture, donna des résultats positifs; la culture sur agar démontra la présence du bacille de Nicolaer. Mais une autre question paraît avoir gagné du terrain, c'est celle de la dualité du tétanos qu'on semblait avoir renversée au nom de la pathologie générale : puisque le tétanos est une maladie infectieuse, avait-on dit, il n'y a pas deux tétanos, un tétanos médical, sans plaie, et un tétanos chirurgical, avec plaie; il n'y a qu'un

mant ses observations sur un crabe, le *Platyonychus ocellatus*. Il en résulte que lorsque cet animal (le mâle) veut plaire à la dame de son choix, il se met, non à faire la roue ou à se rengorger, mais à danser un ballet. Il se dresse sur les troisième et quatrième paires de pattes, — la dernière est retroussée à la hauteur du corps, — il élève ses pinces en l'air à la façon des danseurs qui voudraient se faire gracieux, il lève les yeux au ciel et, ainsi dressé dans une posture risible, il se met à tourner sur lui-même dans le sens vertical, interrompant parfois sa valse pour se balancer alternativement sur un côté ou un autre, pour avancer un peu ou reculer, restant par moments comme cataleptisé dans son attitude bizarre. Il se livre à ce plaisant exercice jusqu'à ce que la fatigue le contraigne à reprendre une attitude plus conforme à son anatomie et à ses aptitudes. Si la femelle, devant qui ont été faites ces contorsions, s'approche du prétendant, celui-ci se remet aussitôt en posture et recommence sa danse, tournant de droite et de gauche et titubant comme s'il avait trop consommé d'alcool. Il essaie parfois de l'enlacer avec ses grandes pinces tendues vers le ciel, mais sans violence; il veut sans doute l'emporter par la persuasion et non par la force. Peut-être aussi a-t-il un certain respect pour les pinces de la dame? Ce fait est très curieux et il n'en a point été signalé de genre jusqu'ici chez les crabes.

***

On n'a sans doute pas oublié que le gouvernement de la Nouvelle-Galles du Sud, inquiet des ravages produits par les lapins en Australie, a promis une forte récompense à celui

seul et même tétanos, qui est engendré à la faveur d'une plaie, qui peut passer inaperçue quand elle est petite ou siège dans une région cachée. Mais, au nom de la microbiologie, M. Lampiasi est venu soutenir qu'il existe un tétanos traumatique et un tétanos rhumatismal, provoqués chacun par une forme différente du microbe pathogène. Qui a raison? Peut-être ceux qui pensent, avec M. Tizzoni, que la propriété tétanogène n'appartient pas à un seul microbe, mais à un mélange de plusieurs microbes.

L. P. P.

---

**Extrait du Traité des maladies du cœur,**

Par le professeur G. Sée.

## CHAPITRE VI

**(Ce chapitre sur la pression du sang a une grande actualité en présence de l'étude des médicaments nouveaux sur la force du cœur et la pression.)**

### PRESSION DU SANG. — TENSION ARTÉRIELLE

Le pouls palpé est la résultante de la force contractile du cœur et de la *tension de l'artère :* qu'est-ce que cette tension vasculaire et la pression intra-vasculaire du sang?

### § Ier. — *Pression constante.*

*Pression moyenne.* — Dans tous les états physiologiques ou morbides, il y a une pression moyenne du sang dans les vaisseaux: voici comment elle s'explique : entre le cœur et les vaisseaux, il y a une différence de pression: le système sanguin est distendu, d'où pression générale; si en un point la pression s'élève, comme par exemple à la racine de l'aorte, le sang passe des artères dans les capillaires et les veines. — Le cœur *maintient* cette différence de pression, en ce sens qu'à chaque systole il projette du

---

qui trouverait un moyen simple et efficace de détruire cette trop prolifique engeance. M. Pasteur a proposé d'arroser les champs où se réunissent les lapins, ou les herbes destinées à leur alimentation, avec du bouillon de culture du choléra des poules ; mais ce moyen n'a pas encore été adopté, bien qu'il ait fait ses preuves contre les lapins de Mme veuve Pommery.

En attendant, un savant zoologiste de la Nouvelle-Galles du Sud, M. W. Rodier, recommande de son coté un moyen tout à fait original pour effectuer la destruction des lapins australiens. Ce moyen ne demande point de microbes ; il consiste à prendre pour agents de destruction les lapins eux-mêmes. Voici comment opère M. Rodier : Au moyen de furets et de filets, il prend les lapins vivants, détruit les femelles, et rend aux mâles la liberté. En raison de la destruction des femelles, les mâles deviennent prédominants en nombre, et, comme conséquence, persécutent les femelles restantes de leurs attentions et les empêchent de procréer ; si d'aventure elles mettent bas, ils dévorent les petits ; mais pour peu qu'ils soient nombreux, ils tuent les femelles à forces..... d'amabilité. Et ces lapins imprévoyants et luxurieux se privent ainsi, en fin de compte, des joies matrimoniales et paternelles à la fois. Il paraît que ce système a déjà admirablement réussi là où il a été appliqué. *Finis lapinitatis!*

*
* *

A propos de la méthode de M. Pasteur pour détruire les lapins, les journaux de Sydney nous annoncent que la commission, nommée pour examiner cette méthode, a publié son

sang dans les grosses artères, après que la même quantité de sang est enlevée aux veines par l'aspiration exercée par les oreillettes.

Le cœur élève en même temps la *pression moyenne;* les embouchures des veines dans le cœur sont plus larges et plus extensibles que l'origine des artères. Si donc le cœur chasse la même quantité de liquide dans les artères, *la pression doit s'accroître.*

La pression *moyenne* est de 140 à 160 millimètres (110 à 120 chez l'homme d'après Faure, qui l'a examinée sur un amputé). Elle augmente avec la réplétion du cœur par suite de l'augmentation d'action du cœur, avec le rétrécissement de la cavité artérielle par les muscles lisses.

*Influence des nerfs vaso-moteurs sur la pression. — Tonicité permanente.* — Naturellement le calibre des vaisseaux varie sous l'influence des nerfs vaso-constricteurs ou vaso-dilatateurs, qui resserrent ou élargissent les vaisseaux. — En permanence, les artères sont dans l'état normal de la circulation contractées avec une énergie déterminée, un *tonus* qui leur assigne un calibre moyen, de sorte que si la contraction diminue, elles cèdent à la pression intérieure du sang et se laissent dilater et que, si la contraction cesse, la distension des artères n'a plus d'autre limite que celle qui est marquée par la force élastique de leurs parois (Marey). Quand enfin la contraction augmente, la pression intérieure du sang ne suffira plus pour lutter contre la force de retrait des vaisseaux.

*Tension artérielle constante el tension variable.* — On prévoit déjà, d'après l'état de tonicité des artères, qu'il y a dans la tension artérielle un élément *constant;* il y en a aussi un autre *variable.* — Le premier correspond, dans les instruments manométriques, à la hauteur qui sépare le zéro de l'instrument du point minimum auquel s'arrêtent les oscillations du mercure; l'élément variable répond à l'amplitude des oscillations; mais tous deux dépendent, d'une part, de la force du cœur qui est la source commune des deux facteurs de la tension de l'artère et, d'une autre part, de la résistance que les artérioles ou capillaires, comme il vient d'être dit, opposent au passage du sang. Il faut ajouter à ces deux forces la force élastique ou rétractile qui ne se manifeste que quand le vaisseau est plein; mais alors elle

---

rapport. De ce document, il ressort que, tandis que le choléra des poules est mortel pour les lapins, auxquels on a inoculé le virus ou que l'on a nourris d'aliments infectés, il ne se propage pas aisément d'animal à animal.

SIMPLISSIME.

TRAITEMENT DE L'HÉMOPTYSIE. — Grancher et Hutinel.

Pratiquer une révulsion active sur le thorax, au moyen de sinapismes, de ventouses sèches et parfois de ventouses scarifiées, en même temps que l'on cherche à produire une dérivation avec les pédiluves et manuluves irritants, et même à l'aide de la ligature des membres. — Repos au lit, sans parler, dans une chambre à température modérée. — Administrer de la glace, de l'eau de Rabel et surtout de l'ergot de seigle ou de l'ergotine, de préférence au tannin, au ratanhia et au perchlorure de fer. — Si l'hémoptysie est menaçante en raison de son abondance, on fait prendre d'un coup 2 ou 3 grammes de poudre d'ipéca, qui provoquent la nausée, et déterminent un spasme des vaisseaux. — Peter a conseillé, en pareil cas, le kermès à la dose de 20 à 30 centigrammes, dans une potion à boire par cuillerées d'heure en heure. — Gimbert, contre les hémoptysies de moyenne intensité, associe le sulfate de quinine à l'ergot de seigle. — Les injections hypodermiques de morphine ont aussi une action utile, supérieure même dans certains cas, à celle des injections d'ergotine. — N. G.

pousse le sang énergiquement vers les capillaires; il arrivera même un moment où la tension sera telle qu'elle pourra faire écouler tout le sang de chaque systole ventriculaire pendant le repos qui la suit. A ce moment, la tension aura atteint le maximum autour duquel elle oscillera très peu, augmentant légèrement à chaque impulsion des ventricules. Ainsi, la tension des artères qui sera faible dans le cas de relâchement des petits vaisseaux et d'écoulement facile du sang par les capillaires, et forte si les petits vaisseaux sont resserrés, tendra toujours à s'élever assez pour faire passer à travers les capillaires tout le sang que le cœur envoie; or, l'expérience démontre qu'il y a diminution de l'amplitude des variations à mesure que la tension s'élève et cette décroissance des oscillations indique de petites ondées du cœur. — Il y a toujours une *relation inverse* entre l'*élément constant et l'élément variable* de la pression du sang. Tout ce qui élève la tension artérielle, le cœur conservant sa force impulsive, diminue l'amplitude de ses variations (Cl. Bernard, Marey).

§ II. — *Influence de la quantité de sang des vaisseaux sur la tension artérielle.*

Hunter a trouvé l'importante loi *de l'adaptation des artères à la quantité de sang* contenue dans les vaisseaux; en provoquant une hémorrhagie, il vit les artères se contracter jusqu'à l'effacement de leur calibre. Cette accommodation du système vasculaire à la masse du sang se fait en sens inverse, c'est-à-dire par relâchement des vaisseaux si le sang augmente, par contraction si la masse du liquide diminue. Le *système vasculaire peut recevoir,* dit Tappeiner, *une grande quantité de sang sans que la pression artérielle* soit notablement augmentée. Il se produit, d'après Paulow et Lesser, dans les augmentations artificielles de la masse du sang, des dilatations des petits vaisseaux, des voies collatérales nouvelles, et une accumulation énorme du sang dans les veines de l'abdomen. Lorsqu'il survient une plénitude vasculo-abdominale par suite d'une excitation directe des nerfs dépresseurs de Ludwig et de Cyon, il en résultera souvent un resserrement antagoniste par excitation tonique des nerfs vaso-moteurs de la périphérie, surtout quand l'excitation de leur tonicité est d'origine sensible; dans ces cas, on voit encore les vaisseaux s'adapter à la masse augmentée ou diminuée du sang, sans que la pression moyenne subisse de grandes oscillations durables. C'est encore la loi de Hunter qui se retrouve en pareil cas.

On peut encore constater des faits analogues à la suite de l'alimentation. Paulow prend la mesure de la pression chez un chien (narcotisé) et bien nourri; la dépression longtemps après le repas ne fut que de 10 millimètres de mercure, malgré la dilatation des artères viscérales, et la sécrétion d'une grande quantité de liquides digestifs. De même encore, après les pertes moyennes de sang, la chute de la pression fut modérée sur les animaux saignés par Worm-Muller, Lesser, Vinay; mais je n'ai pas à insister sur ces faits qui démontrent toute la tendance de la pression à la stabilité, et qui dominent toute l'histoire de la pléthore en masse, et de la pléthore vasculaire (voir chap. XXI).

*Influence des rétrécissements mécaniques ou nervo-spasmodiques de certaines artères sur la pression moyenne.* — Les changements de calibre des artères, surtout de certaines artères, exercent, il est facile de le concevoir, une influence immédiate sur la pression moyenne; sans parler des éléva-

tions de pression produites par des ligatures ou des compressions d'artères (Goll, Ludwig et Thiry, Chauveau et Marey, Tschirjew), nous signalerons d'abord les effets contractiles et oblitérants de l'excitation des *vaso-constricteurs*, ou bien de leurs centres cérébro-spinaux, effets plus graves que ceux d'une ligature; dans ce dernier cas, il s'établit une circulation collatérale. Il faut noter surtout le resserrement nervo-vasculaire des artères qui alimentent de grands districts, par exemple le rétrécissement des artères intestinales animées par les *nerfs splanchniques*. L'oblitération *des vaisseaux cérébraux* a une action non moins marquée sur la pression artérielle, car l'anémie du cerveau produit une véritable excitation du centre vaso-moteur; mais l'excès de pression ne dure pas, parce que l'excitation est bientôt suivie de la paralysie de ces centres. La haute pression peut aussi se manifester à la suite d'une vaso-constriction d'ordre réflexe, provoquée par l'excitation des nerfs sensibles.

§ III. — *Diminution de pression. — Son mécanisme.*

La *diminution de pression* reconnaît également pour causes des agents mécaniques. Les *nerfs vaso-dilatateurs* peuvent être excités directement ou par voie réflexe, c'est-à-dire par les impressions produites sur les nerfs de sensibilité; dans l'un et l'autre cas, il se produit une dilatation des vaisseaux suivie d'un abaissement de pression dans toute la région soumise à cette innervation. Mais la dépression, comme la haute pression, peut ne pas être générale; aussi une sorte de balancement ou de compensation peut s'établir entre les différents nerfs; l'action des nerfs sensibles sur la vaso-dilatation des artères de la peau et des muscles peut coïncider avec la vaso-constriction directe ou réflexe des vaisseaux de l'intestin, de l'utérus, laquelle prédomine de façon à produire un excès de pression. A côté des nerfs vaso-dilatateurs, il faut citer encore les *nerfs dépresseurs* (de Ludwig et de Cyon) qui déterminent par leur excitation un relâchement complet des vaisseaux de l'abdomen, et par conséquent une dépression très marquée. La même dépression se produit, quand on oblitère la veine-porte (Ludwig et Thiry, Tappeiner, Basch); il semble, dans ces cas, que tout le sang s'est réfugié dans les vaisseaux de l'intestin, et que l'animal soit exsangue partout ailleurs; toutefois la quantité de sang coagulé dans la veine porte n'est pas suffisante pour produire cette anémie totale; la dépression vasculaire est le résultat de la diminution de tonicité des vaisseaux par anémie du *centre vaso-moteur*.

§ IV. — *Action du cœur sur la pression et réciproquement.*

Une relation constante semble exister entre les impulsions du cœur et la pression moyenne dans les artères, de telle sorte qu'à chaque accélération des battements du cœur la pression diminue; inversement, la diminution de tension due à la suppression des obstacles capillaires entraîne l'accélération des battements, c'est la loi de Marey; toutefois, entre la pression sanguine d'une part, les nerfs modérateurs du cœur et les ganglions moteurs d'autre part, il existe des moyens incessants de compensation, qu'il faut prendre en considération chaque fois qu'il s'agit de vérifier ou d'infirmer cette importante formule. Il n'y a de certain qu'une forte *dépression sanguine* lorsque le cœur subit un arrêt par excitation du nerf vagospinal. Brunner a vu dans ces cas la pression tomber de 10,4 à 15,2 dans tout le système artériel.

### § V. — *Influence de la respiration sur la pression sanguine.*

Un des problèmes les plus importants pour l'histoire de la tension artérielle surtout dans les affections dyspnéiques se rapporte à l'influence de la respiration sur cette tension et sur le pouls. « Ludwig, à l'aide du kymographion, voit la *tension s'abaisser* dans les artères de la tête et des membres par l'appel du sang qui se fait vers le thorax à chaque inspiration; Vierordt, à l'aide du sphygmographe, arriva au contraire à conclure que c'est dans l'inspiratiou que le sang est le plus fortement poussé à la périphérie et que la tension artérielle s'élève. Einbrodt trouva que si les mouvements respiratoires sont amples et prolongés, l'inspiration s'accompagne d'abord d'un abaissement de la tension artérielle, puis d'une élévation de cette tension; tandis que, dans l'expiration, la tension monte d'abord et s'abaisse à la fin (Marey, *loc. cit.*, p. 445). Marey fait observer d'abord que, comme l'action aspirante et foulante que le thorax exerce sur le sang va toujours en s'éteignant à mesure qu'on observe des vaisseaux plus éloignés de la poitrine, il s'ensuit que la pression du sang dans l'artère radiale est presque entièrement soustraite aux influences d'une respiration modérée. » Les sphygmogrammes ne varient que par les grands mouvements respiratoires ou par les dyspnées mécaniques; les tracés de pression s'élèvent ou s'abaissent selon les changements de la pression que supporte l'aorte; quand une pression extérieure s'exerçant sur l'aorte s'ajoute à l'élasticité du vaisseau, le sang est refoulé à la périphérie où il élève la pression. Or, toutes les alternatives de pression augmentée et diminuée dans le thorax ou dans l'abdomen, l'aorte les subit; toute gêne mécanique à la pénétration de l'air dans le poumon produit l'ascension de la ligne d'ensemble du tracé pendant l'inspiration, les voies respiratoires étant libres; toute gêne à l'ampliation de l'abdomen ou aux mouvements du diaphragme, les voies respiratoires restant libres, se traduira par le même effet. Si donc dans un cas de dyspnée, en enregistrant à la fois le pouls et la respiration, on trouve la respiration libre et la tension inspiratoire élevée, on peut conclure à une gêne des mouvements du diaphragme et réciproquement. Ces influences de la respiration sur le sphygmogramme sont d'autant plus marquées que la tension artérielle est primitivement plus faible (Riegel).

## CHAPITRE IV *bis*.

## INSTRUMENTS DE PRESSION, SPHYGMOMANOMÈTRE.

### § I. — *Histoire et mécanisme de l'instrument.*

Tandis que nous avons, pour mesurer la pression du sang chez les animaux, des instruments hydrauliques ou hémodynamomètriques, sur l'échelle desquels nous en lisons la valeur exacte, chez l'homme nous n'avons que la force du doigt pour apprécier la qualité du pouls qui dépend de la pression du sang.

Traube, qui le premier introduisit dans la science la dénomination de *tension des parois artérielles*, ne parla plus du pouls dur ou mou, mais seulement de la tension diminuée ou augmentée, qu'il contrôla par l'hémodynamie des animaux.

On a imaginé plusieurs instruments pour mesurer la pression chez l'homme. Bloch en a présenté un à la Société de biologie. Potain se sert

d'un autre appareil. Le *sphygmomanomètre de Basch* est le plus facile à manier; nous l'employons pour la première fois en France. Il est, comme tous les autres, destiné à mesurer la tension artérielle produite par la pression du sang : en principe, la mesure manométrique qu'il donne nous apprend quelle pression hydrostatique est nécessaire pour comprimer complètement l'artère tendue.

Cet instrument (1) se compose essentiellement d'un *manomètre* construit d'après le principe du baromètre anéroïde, avec cette différence que, dans le baromètre, la boîte métallique extensible est fermée et privée d'air, tandis qu'ici elle communique avec un *tuyau* en caoutchouc. Ce tuyau se termine par une *pelote compressive* également en caoutchouc et fixée autour d'un petit tambour métallique. La boîte extensible du manomètre, le tuyau et la pelote terminale constituent une cavité fermée de toutes parts, et remplie d'eau au moyen d'un robinet.

La moindre pression exercée à la surface de la pelote augmente la tension de l'eau dans cet appareil et soulève la paroi de la boîte extensible : ce soulèvement se traduit, comme dans le baromètre, par la déviation de l'aiguille indicatrice. Chaque division du cadran correspond à 10 millimètres de presion mercurielle.

*Maniement du sphygmomanomètre :* On saisit la tige du tambour métallique qui supporte la pelote, et on applique celle-ci perpendiculairement sur une artère superficielle reposant sur un plan résistant (radiale ou temporale). On appuie graduellement jusqu'à ce que le doigt, fixé sur l'artère immédiatement au-dessous de la pelote, ne sente plus les battements du pouls. A ce moment exact l'aiguille, qui s'est déviée progressivement, est arrêtée sur un degré du cadran, indiquant ainsi la tension de l'eau contenue dans la pelote et la boîte métallique du manomètre; or, cette tension représente la charge nécessaire pour écraser l'artère de façon à y interrompre le cours du sang, c'est-à-dire à annuler la pression exercée par le liquide sanguin sur les parois artérielles. Pour obtenir la tension exacte, il faudra simplement lire le cadran au moment même de la disparition du pouls, et au moment même de sa réapparition.

Cet appareil, on le conçoit, ne saurait avoir la précision des hémodynamomètres, mis en contact direct avec le sang : l'épaisseur des tissus interposés, la situation plus ou moins profonde de l'artère, la résistance plus ou moins grande de ses parois, sont autant de causes d'erreur. Mais, tel qu'il est, le sphygmomanomètre de Basch donne des résultats très intéressants qui peuvent être utilisés en physiologie et en clinique.

## § II. — *Applications physiologiques.*

Le chiffre du baromètre-manomètre est dans l'état physiologique de 110 à 160 millimètres de mercure par l'exploration de la radiale, de 90 à 120 millimètres par celle de l'artère temporale. Des *oscillations* diurnes s'observent ici comme pour la fréquence du pouls, pour la quantité d'urée et de $CO^2$ éliminée; la pression augmente l'après-midi et cela indépendamment du repas, et retombe vers le soir (Zadek).

*L'action musculaire* élève également la pression; ce fait est démontré par Zadek, Friedman, et se retrouve après les exercices corporels ou l'ascension de montagnes; la pression peut alors monter de 125 à 180 millimètres

(1) Cet instrument est figuré dans le livre du professeur Sée.

(Basch). — Il est à noter cependant que, pendant le décubitus, la pression est plus élevée que pendant la station debout (Wagner, Friedman).

L'urination n'a pas de rapport direct avec la pression du sang (Christeller).

§ III. — *Applications cliniques et thérapeutiques.*

Les recherches de Basch et de ses élèves ont démontré :

1° La faiblesse de la pression dans les insuffisances mitrales.

2° L'élévation de la pression dans l'artériosclérose.

3° Dans les néphrites chroniques, la pression dépasse la normale dans toutes les périodes où on trouve l'hypertrophie du cœur; sinon, la pression reste normale.

4° Dans la plupart des cas de fièvre, et même dans la plupart des fièvres typhoïdes, la pression est plus élevée; elle tombe dans la défervescence pour revenir à la normale pendant la convalescence.

Riegel a nié l'élévation de la pression dans la fièvre. Basch formule aussi son opinion personnelle à cet égard. Pendant les hyperthermies, il y a des conditions qui élèvent la pression, mais, si l'hyperthermie persiste longtemps, l'état inverse peut se produire.

5° D'une manière générale, le degré de pression dépend de la quantité de sang que le ventricule gauche projette dans l'aorte dans l'unité de temps, et de la résistance que le cours du sang éprouve dans le système artériel. — Or, la réplétion du ventricule gauche dépend à son tour de la rapidité avec laquelle le sang parcourt le poumon pour remplir ensuite le ventricule gauche; il existe encore d'autres circonstances qui font varier cette réplétion du ventricule; en tous les cas, les lésions *cadavériques* ne rendent pas compte de ces différences.

6° *L'expérimentation* elle-même (voir chap. I) ne suffit pas pour éclairer le problème des circulations intra ou extra-cardiaques; l'augmentation de la puissance cardiaque et son adaptation aux obstacles ne sont jamais qu'un effet, et non pas la cause de l'excès de travail.

7° *Les insuffisances artificielles* de même que les insuffisances organiques ne modifient souvent en rien l'état de la pression.

On dit bien que dans l'insuffisance mitrale, surtout si elle est accompagnée de sténose, le pouls est mou; dans l'insuffisance aortique le pouls, qui est bref (celer), serait dur selon les uns et mou selon les autres. — Traube avait formulé d'une manière générale la loi de pression dans les maladies du cœur, mais sans en fournir la preuve matérielle, le tracé sphygmographique du pouls étant incapable de fournir aucune donnée sur cette pression. — Il est même impossible de fixer une règle précise à cet égard.

8° *Lésions compensées et périodes troublées.* — On voit, dans certains cas de compensation parfaite des lésions du cœur, la pression se montrer très basse; tandis que, dans certaines périodes troublées, elle est très élevée. On peut même, avec des pressions hautes ou basses, voir le système veineux et la circulation pulmonaire profondément troublés comme dans les asystolies les plus avancées.

9° Dans les artério-scléroses, on admet généralement que le pouls est très tendu, et que cependant ces maladies déterminent souvent des stases *pulmonaires* et *veineuses périphériques.* — Par l'expérimentation, on peut observer les mêmes élévations de pression dans les grosses artères et les veines; sous l'influence des agents toxiques qui atteignent les centres nervo-

vasculaires et font contracter les vaisseaux, on obtient néanmoins cette double pression. Mais quand il s'agit d'artères sclérosées et rigides, l'excès de force du cœur est tellement nécessaire pour surmonter les obstacles artériels, qu'elle ne peut pas se propager au système veineux et capillaire, où, malgré la haute pression artérielle, le cours du sang se ralentit; dans ce cas, il semble qu'il doive se produire aussi dans les veines un excès de pression. — Ainsi, dans tous les cas, il y aurait une haute pression dans les deux systèmes vasculaires lorsqu'il s'agit d'artériosclérose.

10° Pour ce qui est de l'action des *médicaments* et *poisons* sur la pression, il en sera question dans le livre de thérapeutique du cœur. Nommons seulement le plomb, l'ergotine, l'acide urique d'après Bramwell (Ed. *Med. Journal*, 1888), l'acide salicylique et la convallamarine d'après Maragliano, la digitale d'après Zadek, qui élèvent constamment la pression de 25 à 30 millimètres. La morphine abaisse la pression (Christeller). L'antipyrine ne l'augmente ni ne la diminue (Von Norden). Enfin, le nitrite d'amyle, d'après Schweinburg, commence toujours par faire monter la pression, et ce fait a été vérifié sur les animaux.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 13 avril 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.

Lecture et adoption du procès-verbal.

*Correspondance imprimée.* — Journaux et revues : Mémoires de la Société de médecine de Nancy, année 1887-1888; — L'*Art de prendre les eaux*, par le docteur Champouillon, 1 vol. in-8°, Paris 1888; — Circulaire du ministère de l'instruction publique, annonçant l'ouverture du Congrès des Sociétés savantes, le 11 juin prochain et demandant à la Société de lui désigner, avant le 5 mai, un ou plusieurs délégués chargés de la représenter à ce Congrès; — Circulaire annonçant, pour le 1er août, l'ouverture d'un Congrès de thérapeutique et de matière médicale et invitant la Société de médecine à y participer.

*Correspondance manuscrite.* — Lettre de M. Luc, demandant à remettre à la prochaine séance la communication pour laquelle il était porté à l'ordre du jour.

La Société médico-pratique adresse à la Société la lettre suivante :

Paris, 12 avril 1889.

Monsieur le président,

Le vœu suivant, émis par M. le docteur Bouloumié, ayant été sanctionné par un vote unanime de la Société médico-pratique dans sa séance du 9 avril, j'ai l'honneur de vous le transmettre en vous priant de vouloir bien, en raison de son importance, le proposer à l'approbation de la Société de médecine de Paris.

« Considérant l'augmentation toujours croissante des cas de morphinomanie, et les dangers qu'entraîne celle-ci au point de vue individuel et de la population, ainsi que la facilité coupable avec laquelle la morphine est délivrée à toutes les personnes qui en font abus, la Société médico-pratique invite toutes les autres Sociétés médicales de Paris à se joindre à elle pour réclamer des pouvoirs publics une application rigoureuse aux pharmaciens, droguistes et marchands de produits chimiques des règlements de police qui concernent la vente des substances toxiques, notamment en ce qui concerne la morphine. »

Veuillez agréez, Monsieur le président, l'assurance de mes sentiments les plus distingués.

*Le secrétaire général*, Dr Cyr.

M. le Secrétaire général fait remarquer que, déjà au mois d'octobre dernier, à la suite de plusieurs observations de morphinomanie lues à la Société, la discussion avait porté sur les points signalés dans la lettre de M. Cyr. La Société avait reconnu tout le danger que présente la liberté du commerce de la morphine, et elle avait chargé une commission d'étudier la question. C'est aussi l'un des points que doit discuter le prochain Congrès de médecine légale. La Société de médecine de Paris partage complètement les vues de la Société médico-pratique; elle est prête à joindre ses efforts aux siens. Dans ce but, M. le Secrétaire général propose d'adjoindre à la commission déjà nommée M. Bouloumié, l'auteur de la proposition. (Adopté.)

— M. Reliquet : Messieurs, j'ai l'honneur de vous offrir au nom de M. le docteur Estrabaud, son travail : *De la dilatation de l'urèthre chez la femme pour l'extraction des calculs et des corps étrangers.* C'est une très bonne et très utile étude de cette question. L'historique y est complet.

L'auteur démontre tout ce que l'on peut obtenir par la dilatation brusque avec chloroforme.

Dans ce travail, il y a l'observation inédite d'une de mes opérées, que j'ai débarrassée d'une pierre très grosse de plus de 6 centimètres de diamètre, et très dure. Je vous en montre tous les fragments. L'opération remonte à 1886.

— M. Collineau : Messieurs, j'ai l'honneur d'offrir à la Société un volume intitulé : *L'hygiène à l'école,* que je viens de publier dans la *Bibliothèque scientifique contemporaine.*

Dans ce volume (in-12 de 300 pages) sont abordées tour à tour les diverses questions pédagogiques qui depuis 1878 ont alimenté les discussions des corps savants, et aussi celles dont l'actualité rend l'examen plus pressant.

C'est ainsi que les documents si multiples, si variés, qui se rattachent à l'organisation matérielle de l'école : disposition architecturale, orientation, éclairage, chauffage, ventilation (etc.) de l'immeuble, choix rationnel des objets composant le mobilier et le matériel scolaire, tous ces documents sont rassemblés avec figures à l'appui dans un premier et compendieux chapitre.

L'analyse critique des méthodes de lecture, la recherche des procédés faciles, rapides, attrayants, l'énonciation des principes qui doivent présider à la lecture expressive m'occupent ensuite.

Dans le chapitre qui suit, sur l'écriture, j'ai mis en relief les dangers que fait courir à la rectitude de la taille, la coutume d'attitudes vicieuses, coutume qu'à l'âge où l'on apprend à écrire, les jeunes enfants, — les petites filles surtout —, sont enclins à contracter. Parmi les moyens propres à conjurer ces dangers, des études de très courte durée, invariablement suivies de séances également courtes de gymnastique et pardessus tout le retour à l'écriture *ronde,* laquelle est à proprement parler notre écriture nationale, tels sont ceux que je place au premier rang. L'étude de la myopie scolaire a été dans ces dix dernières années, au sein de la *Société de médecine publique,* l'occasion de savantes communications et de discussions pleines d'intérêt ; en colligeant et condensant ces précieuses informations, j'ai livré l'état exact et complet de la science sur ce sujet.

L'examen de la question tant de fois reprise du surmenage cérébral s'imposait. Au résumé des travaux récemment publiés sur la matière fait suite une critique fortement motivée des procédés proposés à titre de remèdes. Trop communément, à mon sens, on ignore les conditions du fonctionnement physiologique de l'organe que l'on se targue de cultiver. Ce n'est pas à courber l'intellect de l'élève aux exigences de programmes arrêtés *a priori,* c'est à approprier les programmes aux virtualités personnelles que l'on devrait s'évertuer.

La discipline scolaire à son tour m'a arrêté. Aux procédés de coercition qui n'ont joui d'une faveur que trop large et trop prolongée à ces procédés qui font scandale encore, de temps à autre, aujourd'hui, j'oppose les procédés plus humains, plus physiologiques, plus efficaces de persuasion.

La *gymnastique,* sur laquelle j'ai publié, il y a quatre ans, un important ouvrage, ne pouvait manquer de revenir, et j'ai cherché à la mettre au point. Il n'est pas besoin de

dire que je me déclare pour la *Ligue de l'éducation physique* et que je demande avec instance l'organisation des jeux en même temps que le maintien des exercices au gymnase, jeux et exercices étant à mes yeux le complément naturel les uns des autres.

L'institution des colonies scolaires de vacances m'a conduit à en constater les progrès, à en signaler les avantages et à en souhaiter la généralisation.

Deux questions afférentes plutôt à l'éducation qu'à l'instruction proprement dite occupent les deux chapitres qui suivent. Au point de vue physiologique autant qu'au point de vue pédagogique, j'ai fait le tableau, puis montré les causes et les conséquences des *terreurs nocturnes* ainsi que de l'*astuce* auxquelles, par nos temps de nervosisme, les enfants sont de plus en plus prédisposés. Je ne me suis pas borné à mettre à nu la véritable nature du mal; j'ai tracé en pareille occurence la conduite à tenir pour en triompher.

Une étude toute d'actualité enfin clôt le volume : celle de l'emploi en pédagogie de la *suggestion hypnotique*. La presque totalité des faits d'observation que possède la science est relatée dans mon livre. L'interprétation des phénomènes en est donnée. Les dangers de l'hypnotisme y sont démasqués, ses indications et contre-indications en pédagogie y sont spécifiées. Avec une prudente réserve je conclus à l'urgence d'une réglementation sévère des pratiques hypnotiques; à la nécessité d'en confier exclusivement l'usage — au même titre que celui des médicaments toxiques — à des mains intègres et expérimentées, à la restriction de leur emploi en pédagogie à des cas tout à fait spéciaux, à ceux dans lesquels tout autre moyen de conviction aurait échoué.

— M. Polaillon fait passer sous les yeux de ses collègues une pièce anatomique curieuse par sa rareté, qu'il a extraite, chez une femme de 55 ans, d'une tumeur développée au-dessous de la gaine du fléchisseur propre du gros orteil. (L'observation sera publiée.)

— M. Collineau lit le rapport qu'il a été chargé de présenter sur le projet de *langue scientifique internationale.*

Ce rapport a été accueilli par l'assentiment unanime de la Société, qui décide qu'il sera imprimé dans son Bulletin et qu'on lui donnera la plus grande publicité.

— M. Doléris commence l'exposé d'un travail sur *quelques points du diagnostic différentiel de la salpingite, etc.* Ce travail sera continué et discuté dans la prochaine séance.

*Élection.* — M. le docteur Dobieszewski, médecin consultant à Marienbad, est nommé à l'unanimité membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

## COURRIER

Prix des médecins d'armées. — Le ministre de la guerre a décidé sur la proposition des comités techniques de santé : 1° que le prix annuel de médecine d'armées sera décerné, à la suite du concours de 1888, à M. Constan (Camille-César), médecin-major de 1re classe au 122e d'infanterie; 2° que le prix annuel de chirurgie sera décerné à M. Forgues (Émile-Auguste), médecin aide-major de 1re classe au 2e régiment du génie.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Sur le traitement des kystes hydatiques du foie,

Par L.-G. Richelot.

J'ai présenté à la Société de chirurgie, le 25 novembre 1885, une observation de kyste hydatique du foie traité par l'incision abdominale. Cette observation n'était pas la première en date ; j'avais été précédé par MM. Terrier et Lucas-Championnière. Mais c'était la première fois qu'une discussion était soulevée parmi nous sur le *traitement moderne* des kystes hydatiques du foie.

Dans ce travail, je faisais la part des ponctions capillaires essayées une seule fois, tout en signalant leurs dangers possibles et la rareté de leurs guérisons définitives, sur lesquelles on se fait beaucoup d'illusions. Mais surtout j'affirmais que la méthode de Récamier et celle du gros trocart devaient céder le pas à l'*incision franche du péritoine*. Cette opinion rencontra dans la Société quelque résistance; mais je me trouvais en communion d'idées avec MM. Terrier, Championnière, Segond, Monod. Leur observation, comme la mienne, s'est encore étendue, et les faits que nous avons vus pendant ces trois dernières années ont tous concouru à nous faire oublier les vieilles méthodes.

Tout récemment, la ponction capillaire a été préconisée avec une nouvelle insistance, à la Société médicale des hôpitaux, par notre collègue Debove; mais à la ponction s'ajoute, suivant la méthode inaugurée en 1884 par Mesnard (de Bordeaux), le lavage du kyste avec la liqueur de Van Swieten, pour tuer les hydatides. Le lavage est, à coup sûr, un perfectionnement; mais je ne crois pas qu'il augmente assez la valeur de la ponction pour nous la faire préférer souvent aux méthodes chirurgicales. Je pense, avec M. Segond, qu'il n'y faut pas songer un instant dans les kystes suppurés; qu'elle est mauvaise dans les kystes vivants à poches multiples, à hydatides nombreuses; qu'elle peut être bonne — sous la réserve de certains accidents inflammatoires ou gangréneux — dans les kystes les plus simples.

Mais comment savoir si un kyste est simple, autrement que par une opération qui permet de le voir et de le toucher du doigt? Si la présence du kyste est aisément soupçonnée ou reconnue, le diagnostic de sa forme, de son volume, de ses connexions est en général très obscur. Il peut être impossible, même après l'évacuation, de s'en faire une idée bien exacte; à preuve le malade qui m'a servi d'exemple en 1885, et que j'avais opéré le 27 août. J'avais trouvé une poche de moyennes dimensions, adhérente à la paroi de l'abdomen, et d'apparence fort simple. En janvier 1886, le malade

paraissait bien près de la guérison; mais un peu plus tard il revint à l'hôpital, épuisé, cachectique, et présentant à l'épigastre une bosselure qui semblait indiquer la reproduction du kyste. Malgré l'état déplorable du malade, et croyant à une simple récidive, je pratiquai une nouvelle incision au niveau de la cicatrice. Mais je vis qu'il ne s'agissait plus de la poche primitive; il y avait, derrière la ligne blanche, une accumulation d'hydatides; il y en avait partout, dans le parenchyme du foie, dans le repli gastro-hépatique, dans le grand épiploon; c'était une véritable infection, un envahissement du péritoine par des vésicules de toutes dimensions. Cette laparotomie donna, comme de juste, un résultat fort médiocre; le malade continua de s'affaiblir, et succomba le 24 avril.

Voilà les surprises qu'on peut avoir; ai-je besoin d'ajouter qu'on les aura surtout si on se borne à la ponction, c'est-à-dire au traitement le plus aveugle de tous? Aussi n'ai-je pas envie de changer la formule que j'adoptais en 1885 : la meilleure méthode est l'incision franche du péritoine, qui permet d'explorer le kyste et de le traiter à bon escient, d'après sa forme, son volume et ses rapports.

C'était la peur d'une laparotomie qui retenait beaucoup de chirurgiens d'adopter cette ligne de conduite. Mais il ne s'agit pas toujours d'une grande laparotomie; l'incision franche du péritoine est plus ou moins discrète. Sans parler de l'incision de Volkmann, qui de parti pris s'arrête au devant du kyste et l'ouvre au bout de quelques jours après la formation des adhérences, il peut arriver que le chirurgien, tombant sur des adhérences déjà faites et une tumeur de moyen volume, se borne à l'ouvrir sans chercher à l'extraire en tout ou en partie, faisant ainsi, à peu de chose près, ce qu'aurait fait le gros trocart; avec cette différence, toutefois, qu'il n'agit pas à l'aveugle, et s'arrête parce qu'il a vu et touché le kyste, et reconnu que son volume et ses connexions lui permettent de s'en tenir à l'incision simple; avec cette autre différence, que l'incision peut avoir la longueur suffisante pour évacuer d'emblée toutes les hydatides et faire un nettoyage complet de la poche, ce qui n'est pas indifférent dans les kystes suppurés, fétides et infectant déjà l'économie.

Mais où l'incision franche devient intéressante, c'est quand elle permet d'attirer au dehors un kyste saillant hors du parenchyme et de le réséquer largement; ou bien encore, de l'atteindre dans l'épaisseur du foie en traversant une lame de tissu hépatique, et de suturer la poche et le foie lui-même à la plaie abdominale. Cette méthode offre le triple avantage de protéger parfaitement le péritoine contre l'effusion du liquide, de réduire le kyste au plus petit volume, de rendre facile son traitement antiseptique; d'où la guérison plus sûre et plus rapide.

Voilà ce que nous avons fait couramment depuis trois ans. Dans les deux exemples que je vais vous citer, l'ouverture de l'abdomen fut suivie d'un prompte guérison. Mais ce qui permet surtout de juger la supériorité de cette méthode sur les anciens traitements, que j'appelle les traitements aveugles, c'est que, dans les deux cas, l'incision franche du péritoine a été nécessaire pour établir, avant tout, le diagnostic; ni dans l'un ni dans l'autre, je ne pouvais me fier à la ponction dite exploratrice; à telle enseigne que, si je n'avais pas voulu ouvrir le ventre, en vérité je ne sais pas ce que j'aurais fait.

Le 10 avril 1888 entre à l'hôpital Tenon une fille de 20 ans, Marie V..., qui

porte une tumeur dans le flanc droit, sentie pour la première fois à l'âge de 17 ans, et d'abord douloureuse au moment des règles. A 18 ans, elle est devenue enceinte, et pendant la grossesse les douleurs se sont calmées, pour revenir très fortes après l'accouchement. Depuis cette époque, la tumeur a augmenté de volume et est devenue plus mobile.

Aujourd'hui, je trouve à droite de l'ombilic une tumeur dure, lisse, oblongue, et paraissant plus grosse qu'un poing d'adulte. L'extrémité qui avoisine l'ombilic est arrondie et tout le bord inférieur se délimite facilement. Le doigt pénètre sous les fausses côtes et fait descendre la tumeur, qui est très mobile et paraît indépendante du foie, bien que sa limite supérieure ne se trouve pas nettement. Elle glisse sous la paroi abdominale, et dépasse la ligne médiane quand la malade est couchée sur le côté gauche. Elle glisse sur les parties profondes, et les pressions ne peuvent la refouler dans la région lombaire, dont la souplesse est normale.

Les douleurs spontanées sont vives et à peu près continuelles, dans la station debout, pendant la marche, sous l'influence du moindre effort; la malade les compare à des coups de couteau. L'application d'un corset les rend supportables, mais alors la digestion, qui se fait bien d'ordinaire, est pénible. Enfin, si elle veut se coucher sur le côté gauche, la douleur devient intolérable.

L'appétit est bon, les époques régulières ; il n'y a ni amaigrissement ni troubles généraux.

Le diagnostic me parut, je l'avoue, fort embarrassant. Cette tumeur mobile, flottante et qu'on tenait presque dans la main, ne paraissait guère se rattacher au foie, et l'idée d'un kyste hydatique ne me vint pas d'abord à l'esprit. Ce n'était pas le siège, la forme, la consistance d'une vésicule biliaire. Je croyais plutôt à une ectopie rénale, et j'y aurais cru surtout si j'avais tant soit peu reconnu la forme et le volume du rein; mais la forme et le volume n'y étaient pas. Il fallait admettre un rein malade, hypertrophié; mais quelle maladie? Etait-ce un rein calculeux, tuberculeux, polykystique? Il n'y avait aucun signe de pyélo-néphrite, aucun soupçon d'altération tuberculeuse locale ou générale. Je fis faire avec soin l'analyse de l'urine : couleur et densité normales, quantité 1,200 grammes, 23 grammes d'urée, ni sucre ni albumine.

Devais-je faire une ponction exploratrice? J'avoue n'aimer que très médiocrement les ponctions exploratrices dans l'abdomen. Sans doute, quand il s'agit de compléter un diagnostic à moitié fait, de s'assurer de la présence du liquide ou de sa nature dans une tumeur qui soulève la paroi, elles ont peu d'inconvénients. Mais s'agit-il, au contraire, d'explorer une tumeur mobile et de nature incertaine, elles peuvent être dangereuses en piquant à l'aveugle un organe inconnu ; leur moindre défaut est de ne rien éclaircir. Qu'aurais-je obtenu en tombant sur le rein? Un effet nul, pour le moins. Et sur une vésicule biliaire non adhérente? Peut être un gros malheur.

J'entrepris donc l'ouverture de l'abdomen, le 19 avril, avec la pensée que j'aurais peut être à faire une néphrectomie. J'étais aidé par M. le docteur Verchère et par MM. Lafourcade, Marquézy et Buscarlet, internes du service. Incision de 10 centimètres sur le bord externe du muscle droit : je tombe sur le foie. Ayant un peu agrandi l'incision, je trouve que la tumeur est constituée par une masse de tissu hépatique formant comme un lobe surajouté au bord antérieur et tenant à l'organe par un large pédicule. La

vésicule biliaire, normale, est annexée à ce lobe. Il offre une surface convexe, rénitente, sans fluctuation véritable; néanmoins l'idée d'un kyste inclus dans le parenchyme vient naturellement, et se trouve confirmée par la ponction capillaire, qui est faite en protégeant le péritoine avec des éponges, et qui donne issue à 300 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche. Aussitôt la lame de tissu qui recouvre le kyste s'affaisse et devient assez lâche pour être saisie avec deux pinces hémostatiques. Je la soulève et l'attire dans l'incision abdominale; puis je commence à fermer le péritoine. Les deux lèvres de la séreuse sont suturées au tissu hépatique avec des fils du catgut; aux deux angles de la plaie, un fil disposé en surget réunit également le péritoine, un autre forme un second étage et réunit l'aponévrose. La cavité abdominale étant à l'abri, j'ouvre le kyste en traversant une lame de tissu hépatique d'un demi-centimètre d'épaisseur; j'en extrais des vésicules-filles avec les doigts et avec les pinces, j'y introduis des éponges pour le mettre à sec, et au bout de quelques instants j'attire au dehors la vésicule-mère en totalité. Je lave encore avec des éponges imbibées de sublimé, puis j'introduis plusieurs longues bandelettes de gaze iodoformée, sans chercher à remplir toute la cavité, qui paraît avoir 12 centimètres de profondeur. Il me reste à faire un troisième étage de sutures, celui-ci en crins de Florence, qui réunit la peau et la couche musculaire, et qui prend les bords de l'incision faite au kyste et au tissu du foie. Je n'ai dû réséquer ni l'un ni l'autre. Pansement iodoformé sur le tout, ouate et bandage de corps.

Le soir de l'opération survient une poussée d'urticaire sur les bras. Quelques vomissements pendant les deux premiers jours; aucune douleur abdominale, apyrexie complète. La gaze iodoformée est retirée du kyste après quelques jours, et remplacée par une seule bandelette qui le remplit encore moins; les crins de Florence sont enlevés au bout d'une semaine. La cavité se rétrécit rapidement sans suppurer; le 3 juin, il reste un petit orifice dans lequel on ne met plus de gaze; le 4, le pansement est coloré en vert par la bile; le 5, la pression autour de l'orifice fait sourdre une cuillerée à café de ce liquide; le 6, on ne voit plus rien de semblable, et la cicatrisation est bientôt achevée. Marie V... nous quitte à la fin de juin.

Je l'ai revue plusieurs fois depuis cette époque; elle est bien guérie et ne souffre plus du tout. La suture abdominale paraît très solide, et la cicatrice est presque effacée vers les deux angles.

Les détails que vous venez d'entendre me permettront d'abréger le second fait.

Marie W... entre à l'hôpital le même jour que Marie V... C'est une femme de 25 ans; à l'âge de 11 ans, une douleur passagère lui a fait remarquer une tumeur siégeant à droite de l'ombilic. Les premières règles sont venues à 11 ans 1/2; elle n'a eu, depuis ce moment, aucun trouble utérin, aucune altération de la santé; et sa tumeur ne lui a donné nul souci jusqu'au mois de mars dernier. Alors elle est devenue douloureuse dans la station debout, et la malade ne peut plus marcher sans de vives souffrances.

Je trouve dans le flanc droit une tumeur arrondie, lisse et dure, paraissant un peu moins grosse qu'une tête de fœtus à terme. Elle est peu mobile, et profonde comme si elle venait du rein; elle n'adhère pas à la paroi abdominale; la percussion dénote la présence de l'intestin au devant d'elle. On détermine facilement ses limites vers la ligne blanche, au niveau

de l'ombilic, à deux ou trois travers de doigt de l'épine iliaque; on enfonce les doigts entre sa partie la plus saillante et le rebord des fausses côtes; la main gauche portée sur la région lombaire la repousse en totalité vers la main droite appliquée sur le ventre. La malade ne souffre pas quand elle est au lit; la douleur est éveillée par la pression, par la station debout, par la marche. L'appétit est régulier, les digestions sont bonnes.

J'avoue qu'ici encore je cherchai d'abord une tumeur du rein. Mais quelle tumeur? Aucun symptôme d'affection rénale, aucun trouble de l'urine, dont l'analyse fut faite à plusieurs reprises. Comment expliquer un rein malade et d'un tel volume, sans altération de la santé, depuis l'âge de 11 ans? D'ailleurs, mon attention était absorbée à ce moment par Marie V..., qui devait être opérée la première. Les deux opérations furent faites à un jour d'intervalle ; je n'ai pas besoin de vous dire qu'en abordant la seconde, le 20 avril, je pensais au kyste hydatique; mais je n'avais aucune certitude.

Je fis d'abord une assez courte incision sur le bord externe du muscle droit, puis je l'agrandis jusqu'à 12 centimètres. Je ne vis d'abord que l'épiploon, qui voilait la tumeur et lui adhérait en plusieurs point. Pour la découvrir, tandis que M. le docteur Verchère maintenait facilement l'intestin grêle, il fallut décoller peu à peu l'épiploon, le prendre çà et là dans des pinces courbes et y poser plusieurs ligatures. La tumeur fut ainsi dégagée; sa paroi était jaunâtre, sa consistance cartilagineuse; elle était grosse comme un poing d'adulte, pyriforme et ressemblait à une énorme vésicule biliaire. Mais la vésicule, transparente et saine, apparut en dedans de la tumeur et tout près d'elle. Dès ce moment, le diagnostic ne faisait plus aucun doute : j'avais sous les yeux un kyste à paroi très épaisse, dont la petite extrémité se perdait dans le foie, sous son bord antérieur, et dont la plus grande partie faisait saillie hors du parenchyme. Je l'attirai dans la plaie, je l'ouvris avec précaution, et pas une goutte de liquide ne s'échappa; il était absolument bourré de vésicules de toutes les dimensions, pleines ou flétries. Sa profondeur était d'environ 15 centimètres. Sa paroi, dense et fibreuse, mesurait 2 millimètres au moins d'épaisseur, Après l'avoir entièrement vidé, je fis la résection de toute la partie que j'avais attirée hors du ventre, et le kyste fut ainsi réduit à un simple cul-de-sac, profond de 7 à 8 centimètres. Alors je fermai l'abdomen par une suture à trois étages : un fil de catgut en surjet réunit de haut en bas les deux lèvres de l'incision péritonéale; le même fil, ramené de bas en haut, réunit l'aponévrose; enfin, une série de points séparés, en crin de Florence, comprirent la peau et la couche musculaire. Chemin faisant, j'avais suturé le péritoine à la face externe de la poche fibreuse; les bords de celle-ci furent pris par les crins de Florence et réunis à la peau. Je fis le drainage avec une bandelette de gaze iodoformée.

La malade eut 38° le soir pendant trois jours, et c'est tout ce que je trouve à noter; le cul-de-sac fibreux donna quelques gouttes de pus, se combla régulièrement, et la malade quitta l'hôpital au commencement de juin. Je l'ai revue deux mois après, complètement guérie, avec une bonne cicatrice.

Ce second fait, comme le premier, nous montre un kyste du foie dont le diagnostic n'était pas établi. Je ne voulais pas chercher à l'établir par une ponction capillaire, parce que j'avais devant moi une tumeur profonde et sans adhérences à la paroi, tout près de la vésicule biliaire, comme je l'ai

vu au cours de l'opération, et recouverte par une anse intestinale. D'ailleurs, si j'avais fait une ponction en évitant ces écueils, elle ne m'aurait servi de rien, puisqu'il n'y avait pas une goutte de liquide; vous voyez donc qu'il ne faut pas s'y fier.

En me décidant pour l'incision, j'ai pu traiter la tumeur suivant son volume, son siège, ses rapports, et supprimer une grande partie de la poche hydatique. Dans l'autre cas, je l'avais ouverte seulement, puis suturée à la plaie du ventre avec la lame de tissu hépatique qui la doublait. C'est un heureux hasard qui m'a fait observer en même temps ces deux formes typiques : d'une part, un kyste énucléé déjà hors du parenchyme, qu'on peut simplifier beaucoup par une large résection; d'autre part, un kyste inclus dans le parenchyme, qu'on se borne à évacuer en suturant le foie lui-même à l'incision abdominale.

Ma conclusion sera aujourd'hui ce qu'elle était en 1885. Réserves faites pour certains cas où la ponction peut être indiquée, le traitement des kystes kydatiques du foie se divise en trois temps : incision franche du péritoine; exploration de la tumeur; traitement variable du kyste, approprié à son volume et à ses connexions. J'ajoute que l'incision, qui me paraît la meilleure méthode, peut être à l'occasion la méthode nécessaire, parce qu'elle seule, ayant la valeur d'une incision exploratrice, permet d'achever le diagnostic et de déterminer l'opération à faire, en même temps qu'elle en constitue le premier acte.

## BIBLIOTHÈQUE

Chantiers de terrassements en pays paludéen, par M. le docteur Nicolas. Paris, Masson, 1889.

S'il y a dans le livre de M. Nicolas non seulement ce que dit son titre, mais encore beaucoup d'autres choses, il y a aussi le résultat de plusieurs années d'observations faites à l'isthme de Panama, dans un des lieux les plus insalubres de la terre, par suite « du concours d'une chaleur humide, particulièrement énervante et dépressive, dans les mois où elle atteint sa plus grande intensité — normalement de mai à novembre — et des effluves marécageux disséminés dans l'air toujours à peu près saturé et généralement chargé en toutes saisons de nébulosités qui y maintiennent un *marais aérien* permanent ».

M. Nicolas étudie d'abord le pays paludéen « presque illimité » et ne manquant guère que dans les régions polaires et dans les îles de l'océan Pacifique, et passe successivement en revue les effets de la chaleur sèche du désert, de la steppe et de l'oasis, les particularités propres aux régions littorales, aux différents climats, à la latitude et aux saisons. Il s'occupe ensuite de la cause de la malaria et, quoique bien au courant de la question, n'accorde pas une importance suffisante à la découverte de Laveran.

Puis après avoir consacré plusieurs chapitres aux formes symptomatiques et au traitement, écrivant ainsi une sorte de traité de la fièvre intermittente, il donne, dans le livre III, le *Terrassier*, et IV, le *Campement*, les conclusions tirées de sa longue expérience. Ces chapitres sont à lire en entier pour tous ceux de nos compatriotes appelés à vivre dans les régions intertropicales. Ils y trouveront tracées des règles dont ils ne devront pas s'écarter. — P. C.

Atlas schématique du système nerveux, par W.-H. Flower, traduit par A. Duprat et précédé d'une préface de M. Déjérine. — Paris, G. Masson.

Cet ouvrage se compose de sept planches in-4° gravées avec le plus grand soin

et permet de se rendre compte d'un coup d'œil de la distribution la plus compliquée d'un nerf donné.

Tous ceux qui se sont trouvés, au début de leurs études, en face des difficultés que présente l'étude de certains des nerfs crâniens sauront gré à M. Duprat de nous avoir donné la traduction de cet *Atlas*.

Des caractères noirs indiquent les branches cutanées, des caractères rouges celles qui se rendent aux muscles et toute confusion est ainsi évitée. Etudiants et médecins éviteront, à l'aide de ces planches, de longues recherches sur la distribution des nerfs, souvent aussi vite oubliée qu'apprise. — P. C.

## THÉRAPEUTIQUE

### De l'essence de Santal.

On peut dire des médicaments ce qu'on a si souvent répété des livres : *habent sua fata*. Combien, en effet, résistent à la double épreuve du temps et de l'expérience. Nous avons la bonne fortune de vous présenter aujourd'hui un médicament qui a fait ses preuves, qu'une expérience de plusieurs années et, ce qui vaut mieux, d'expérimentateurs de choix, a définitivement consacré, nous voulons parler de l'essence de Santal.

L'essence de Santal est retirée par distillation du bois de Santal dans lequel elle existe à l'état d'oléo-résine. Plusieurs espèces de bois, appartenant au genre *Santalum* (Santalacées), que l'on trouve depuis l'Inde jusqu'à l'océan Pacifique, peuvent fournir de l'essence à la distillation.

C'est en 1865 que Panas (1) employait en France le premier l'essence de Santal. Peu après Simonet expérimentait sur une vaste échelle le nouveau produit, tant à l'hôpital du Midi que dans sa clientèle. Il résulte de l'expérience de ces savants médecins que, admitrée au début, l'essence de Santal, à la dose de 4 à 5 grammes par jour, fait disparaître les douleurs, transforme après vingt-quatre ou quarante-heures l'écoulement muco-purulent en un simple suintement séreux et finit par amener la guérison radicale, avantage, dit Panas, que le Santal offre sur le copahu, qui est le plus souvent impuissant à amener la guérison.

Les malades le prennent sans dégoût, ni troubles intestinaux (Bordier). Mêmes effets rapides et bienfaisants dans la cystite aiguë et chronique (Caudmont, Fort). Dans la néphrite aiguë suppurée, la colique néphrétique, le Santal a donné les meilleurs résultats. Dans tous les cas d'opération sur l'urèthre, il est bon, à l'exemple de nos grands chirurgiens (Gosselin, Guyon, etc.), de donner avant et après du Santal, qui modifie heureusement la composition de l'urine. Le Santal s'éliminant par les reins, c'est ce qui explique pourquoi il cause quelque douleur dans cette région chez quelques sujets très sensibles.

Comment doit-on administrer le Santal dans la blennorrhagie ? Si les phénomènes inflammatoires sont peu prononcés, on peut s'abstenir du traitement antiphlogistique et donner le Santal d'emblée à la dose de 4 à 5 grammes par jour, augmenter graduellement et diminuer ensuite. Dans la blennorrhée, il est bon de faire précéder l'emploi du Santal d'un traitement antiphlogistique énergique, tels que bains et boissons alcalines, comme pour rappeler l'écoulement à l'état aigu.

Jusqu'à ces dernières années, le copahu a été le remède populaire des *écoulements*; lequel de nous n'a pas entendu son client venant le consulter pour une uréthrite, se plaindre du copahu qui occasionne, comme le dit Trousseau, tant de dyspepsies et de gastrites.

Pourquoi ne pas avoir recours au Santal? C'est qu'il faut bien le dire, il existe peu d'*essence vraie de Santal*, ce qui explique les mécomptes, les insuccès que beaucoup d'entre nous ont éprouvé. Ceci nous amène à parler des falsifications nombreuses et difficiles à reconnaître que subit cette essence. On a mélangé à l'essence de Santal, dont

(1) Panas : Société de chirurgie, *Bull.*, septembre 1865.

le prix commercial est très élevé (90 à 100 francs le kilogramme) de l'essence de bois de cèdre, absolument inerte, de l'essence de copahu, de térébenthine et jusqu'à l'huile de ricin.

On fait également de petites perles contenant au plus de 15 à 20 centigrammes de Santal. Combien faut-il en donner par jour pour obtenir la dose de Simonet et de Panas, qui est un minimum de 4 à 5 grammes ? Nous avons à notre disposition une préparation qu'il est bon de signaler aux praticiens, c'est le **Santal-Cabanès** sous forme de capsules gélatineuses contenant 40 centigrammes d'huile essentielle de *Santal* Citrin. Il est donc très facile de doser son médicament (10, 12, 14, suivant les cas, de capsules par jour).

Ce sont ces capsules de **Santal-Cabanès** que le docteur Simonet employait dans sa nombreuse clientèle. Que nos confrères qui liront ces lignes expérimentent les capsules de **Santal-Cabanès**. Nous avons la ferme conviction qu'à la satisfaction de leurs malades, ils en obtiendront d'excellents résultats.

Dr Berteil.

## REVUE DES JOURNAUX

**Du traitement de la néphrite aiguë chez les enfants**, par le docteur E. Knock. (*Le Praticien*, 1889, 10.) — A cet âge la néphrite aiguë évolue habituellement vers la guérison. Quel traitement peut-on prescrire pour hâter cette terminaison?

1° M. Knock insiste sur l'utilité du repos pendant toute la période albuminurique de la maladie ;

2° La diète lactée est indispensable, en autorisant les aliments farineux additionnés de lait et les petites quantités de viande et de bouillon. Le vin ne sera toléré que s'il y a menaces de collapsus;

3° De temps en temps, on prescrit utilement un laxatif, et l'emploi des bains chauds quand on obtient, par l'administration des sudorifiques, une abondante transpiration. Celle-ci est toujours possible. Ces bains, de dix à quinze minutes de durée, doivent être à température normale; on les fait suivre de la sudation par l'enveloppement du malade dans des couvertures de laine. M. Knock estime que les complications cardiaques ou pulmonaires ne sont pas une contre-indication à leur emploi. Il faut les suspendre dans les cas seulement où l'hématurie augmenterait.

L'observateur allemand préfère cette pratique à l'administration de la pilocarpine et à l'emploi du drap mouillé qui sont, écrit-il, des moyens sudorifiques inférieurs aux précédents. Contre l'urémie, il applique le traitement antiphlogistique; mais si le malade est en danger de collapsus cardiaque, il suspend toutes ces médications, et, sans hésiter, court au plus pressé et prescrit les stimulants. — P. C.

### De quelques nouvelles médications.

Influence de la fumée de tabac sur la diphthérie. (*Lyon méd.*, 1887, 14, 535.)

Cette question a occupé le Collège médical de Vienne. Se fondant sur des expériences de Tassinari (de Pise), qui a démontré que la fumée de tabac empêche l'évolution des microbes, le docteur Hayck a étudié les statistiques de la ville de Vienne pour voir si les cas de diphthérie sont moins nombreux chez les hommes, ordinairement fumeurs, que chez les femmes. Dans les quatre années dernières, de 1885 à 1888, la proportion des cas chez l'homme et chez la femme a été : : 1 : 2,8. Le nombre des fumeurs diphthéritiques est donc presque triple de celui des hommes; ces chiffres confirment les résultats obtenus par Tassinari.

Le docteur Unterholzer croit que la fumée de tabac n'a aucune action sur la marche de la diphthérie; car, d'après les statistiques, la mortalité par cette maladie est de 4 p. 100 moins forte chez les femmes que chez les hommes.

Le docteur Neuderoefer explique l'action antibactérienne de la fumée de tabac par la présence de la pyridine qui possède une action microbicide réelle. On peut à ce sujet rappeler que, dans les laboratoires bactériologiques, il est défendu de fumer, parce que la fumée empêche l'évolution des cultures. Une expérience concluante dans ce sens a été faite par Israël dans le laboratoire de Virchow.

GUÉRISON RAPIDE DANS UN CAS DE MORPHINOMANIE, par le docteur CRAMER.
(*Revue hebdom. de thérap.*, 1887, 12.)

Une paysanne était devenue morphinomane à la suite d'un traitement par la morphine nécessité par une péritonite exsudative post-puerpérale. Elle en était venue à ingérer au delà de 1 gramme de morphine dans les vingt-quatre heures.

On la sevra de morphine du jour au lendemain et on lui fit prendre, à la place, de la teinture de castoréum, avec l'assurance que ce médicament remplacerait avantageusement la morphine. La malade se déclara très satisfaite de cette substitution, contrairement à l'attente du médecin; au prix de quelques gouttes de teinture, elle parvenait à calmer ses douleurs de ventre, et elle réussit à se soustraire à la passion de la morphine.

SUR LA PATHOGÉNIE ET LE TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE.
(*La Clinique* et *Paris médical.*)

Dans une communication à la Société des médecins de Vienne, le docteur Genser, après avoir passé en revue les travaux les plus récents sur la nature parasitaire de la coqueluche, énumère les résultats qu'il a obtenus lui-même dans le traitement de la maladie.

Les malades qu'il a traités s'élèvent au nombre de 200. Ils furent soumis à deux modes de traitement : chez les uns, on pratiqua des insufflations de poudres médicamenteuses dans les fosses nasales, suivant le procédé de Michaël; aux autres, on administra de l'antipyrine par voie stomacale.

La méthode de Michaël fut essayée dans 76 cas; on insuffla, au moyen d'un tube de verre coudé, de la poudre d'acide benzoïque dans les fosses nasales des malades. Les résultats obtenus furent médiocres, comme le montrent les tracés indiquant le nombre des quintes de toux par vingt-quatre heures. La durée du traitement a été, en moyenne, de quarante-trois jours.

L'auteur a pu constater, dans un grand nombre de cas, que les insufflations avaient le seul avantage de mettre fin aux vomissements. En général, les petits malades les supportaient difficilement, elles les mettaient dans un état d'excitation considérable et amenaient souvent à leur suite une violente quinte de toux. Par contre, l'antipyrine administrée par la bouche s'est généralement montrée plus efficace. Les tracés établis par l'auteur montrent que cette médication a toujours eu pour effet non seulement de diminuer le nombre des quintes par vingt-quatre heures, mais encore leur durée et leur intensité. Dans la plupart des cas, la durée du traitement n'a pas atteint vingt-quatre jours. La dose moyenne a été de 0 gr. 10 centigr. par jour pour chaque année d'âge, de sorte qu'un enfant âgé de 5 ans, par exemple, absorbait pour quarante-huit heures 1 gramme d'antipyrine dans 80 grammes d'eau avec addition d'un sirop quelconque. Dans cinq cas compliqués de lésions pulmonaires, l'antipyrine a donné des résultats négatifs.

Ces faits établissent nettement, suivant l'auteur, l'action favorable de l'antipyrine dans la coqueluche. Ce produit agit-il en tant que médicament antiparasitaire, ou bien n'est-ce pas plutôt par ses propriétés sédatives, en diminuant l'excitabilité réflexe, qu'il arrête la toux de la coqueluche? L'auteur se range à cette dernière supposition. L'antipyrine, par conséquent, tout en n'étant pas un médicament spécifique contre la coqueluche, n'en rend pas moins des services considérables dans le traitement de cette maladie et, dans tous les cas, l'administration de ce médicament ne présente pas le moindre inconvénient pour l'organisme de l'enfant. Celui-ci l'avale sans difficulté; son goût amer peut être masqué à volonté.

L'auteur a également expérimenté l'antifébrine dans la coqueluche, mais cette substance lui a donné des résultats incomparablement moins favorables que l'antipyrine.

Du traitement des kéloïdes par la résorcine, par M. Andeer. (*Centralblatt für die medicinischen Wissenschaften*, 20 octobre 1888, et *Gazette hebdomadaire*, 1889, 15.)

Il s'agit d'une femme qui portait sur le dos du pied une vaste cicatrice, irrégulière, en demi-relief et très douloureuse au point qu'elle ne pouvait se chausser ni se livrer à ses occupations habituelles. Après avoir épuisé un grand nombre de traitements, elle fit usage d'une pommade à la résorcine, contenant 1 p. 100 de médicament. Les douleurs disparurent au bout de quelques jours et le pied recouvra ses fonctions. Le professeur Nussbaum (de Munich) recommande également l'emploi de la résorcine dans le traitement des kéloïdes.

Cimicifuga racemosa, par Knox. (*Amer. Journ. of Obstetr.*, *Nouveaux remèdes*, 1889.)

Knox a employé cette plante chez 57 primipares et 93 multipares. La durée de l'accouchement est notablement diminuée grâce à cette drogue. Elle agit comme un sédatif; elle calme l'irritation réflexe, fait disparaître les nausées, les démangeaisons et l'insomnie, si fréquentes dans les dernières semaines de la grossesse. De plus, elle jouit de propriétés antispasmodiques bien prononcées; elle rend moins intenses les crampes et les névralgies et les efforts irréguliers de la premère période du travail; relâche les faisceaux musculaires de l'utérus en contrôlant leur excitabilité, soulage les douleurs et empêche les déchirures du périnée. D'autre part, elle rend plus intenses les efforts normaux de la deuxième période du travail et après l'accouchement. Elle est en tous points préférable à l'ergotine. L'auteur prescrit le mélange suivant :

| | | |
|---|---|---|
| Extrait fluide de cimicifuga racemosa........ | 30 | grammes. |
| Sirop de salsepareille........................ | 90 | — |

A prendre par cuillerées à café tous les soirs, quatre semaines avant l'accouchement.

P. N.

## FORMULAIRE

Injection contre le cancer utérin. — Chéron.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture d'iode.................................. | 2 | grammes. |
| Salicylate de soude.............................. | 10 | — |
| Liqueur de goudron .............................. | 500 | — |

Faites dissoudre. — 3 à 6 cuillerées dans un litre d'eau tiède, pour irrigations vaginales, dans le cas de cancer utérin. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Bologne. — On vient de procéder dans l'amphitéâtre de chirurgie de l'hôpital de Sainte-Ursule à l'inauguration d'une plaque commémorative de la première résection du foie faite par le professeur Loreta.

Assistaient à cette petite cérémonie tous les professeurs de la faculté de médecine, un grand nombre d'étudiants et de membres du Congrès de chirurgie actuellement réuni à Bologne.

Ont pris successivement la parole : le sénateur Durante, le professeur Costetti, trois étudiants, et, finalement, le vieil anatomiste Calori, âgé de 81 ans, qui s'est glorifié d'avoir eu jadis pour élève le professeur Loreta. (*Bull. méd.*)

## COURRIER

Congrès international d'assistance publique. — Un Congrès international d'assistance publique se réunira à Paris du 28 juillet au 4 août 1889.

Le Comité d'organisation appelle particulièrement la discussion sur un certain nombre de questions indiquées ci-après. Pour chacune d'elles, un mémoire fixant l'état actuel de la science, rédigé sous la direction du Comité et par des rapporteurs spéciaux, sera adressé à tous les adhérents, au moins un mois avant l'ouverture du Congrès.

Néanmoins d'autres questions intéressant l'assistance publique pourront être soumises aux délibérations du Congrès. Les auteurs seront tenus d'envoyer leurs mémoires au moins un mois à l'avance; le Comité d'organisation demeurera juge de l'opportunité de chacune de ces communications.

La langue française sera exclusivement la langue du Congrès; toutefois les rapports écrits en langue étrangère pourront être imprimés dans leurs langues respectives; ils feront, en outre, l'objet d'un résumé en français qui sera préparé par les soins du Comité d'organisation.

Le Congrès se composera de membres adhérents nationaux et étrangers; ils seront soumis à une cotisation de 20 francs, et auront droit à toutes les publications du Congrès.

Les dames pourront être membres du Congrès.

Toutes les publications adressées au Congrès seront réunies, cataloguées et tenues à la disposition de ses membres.

Les adhésions devront être adressées à M. le docteur Thulié, secrétaire général, boulevard Beauséjour, 31, Paris.

Voici les membres du bureau du Comité d'organisation.

M. Roussel, président.

MM. Bourneville, Chautemps, Monod, directeur de l'Assistance publique en France vice-présidents.

M. Thulié, secrétaire général.

MM. Dreyfus-Brisac, Muteau, Rollet, Tessier du Cros, secrétaires.

M. Gaufrès, trésorier.

*Questions posées par le Comité d'organisation*

I. Dans quelle mesure l'assistance publique doit-elle avoir un caractère obligatoire? Résultats obtenus dans les pays où l'obligation existe. Rapporteur : M. Regnard.

II. De l'organisation méthodique de la bienfaisance (Étude des systèmes divers fondés sur les deux principes suivants : 1° faire précéder toute délivrance de secours d'une enquête sur la situation matérielle et morale du solliciteur (Charity organisation Societies, bureaux spéciaux d'enquête, etc.) ; 2° n'accorder aux indigents valides que des secours efficaces, c'est-à-dire facilitant aux malheureux les moyens d'arriver à se subvenir à eux-mêmes par le travail (coopération des sociétés, des personnes bienfaisantes et des administrations d'assistance publique; organisation des visites à domicile, etc. (Rapporteur : M. Tessier du Cros.)

III. Des modes de placement des enfants qui sont à la charge des administrations publiques, et des moyens pris ou à prendre pour assurer leur mise en valeur physique, intellectuelle et morale. Rapporteur : M. Rollet.

IV. De l'organisation de l'assistance médicale dans les campagnes. Rapporteurs : MM. Th. Roussel et Dreyfus-Brisac.

*Communications déjà annoncées*

1° Du rapatriement des malades, infirmes, vagabonds et en particulier des enfants. Rapporteur : M. Thulié.

2° Du domicile de secours dans l'assistance à domicile et hospitalière ; ses conditions légales; ses conséquences budgétaires. Rapporteur : M. Drouineau.

3° De la tutelle des enfants trouvés, assistés ou moralement abandonnés; cette tutelle ne doit-elle pas être confiée uniquement à l'État? Rapporteur : M. Rousselle.

4° De la protection de l'enfant à la naissance; assistance à la mère et moyens d'atténuer la mortalité et l'infanticide. Rapporteur : M. Drouineau.

5° De l'éducation professionnelle du personnel hospitalier (recrutement du personnel médical; recrutement du personnel secondaire : écoles d'infirmiers et d'infirmières). Garanties de ce personnel. Rapporteur : M. Bourneville.

*Aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété.*

6° De la protection et de l'éducation des enfants idiots, arriérés et épileptiques, en France et à l'étranger. Rapporteur : M. Bourneville.

7° Des causes de la mendicité; examen des lois sur la matière dans les différents pays; de la suppression des dépôts de mendicité comme tels. Rapporteur : M. Dupuis.

8° L'aliéné hors des asiles publics ou privés; colonies d'aliénés; assistance familiale. Rapporteur : M. Kéraval.

— M. le docteur Dujardin-Beaumetz commencera ses conférences de clinique thérapeutique le 1[er] mai, à dix heures, à l'hôpital Cochin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Il traitera cette année des nouveaux médicaments et des nouvelles médications.

Le lundi, M. le docteur Bardet traitera de la photographie appliquée à la médecine. — M. le docteur Dubief, des microbes pathogènes, et M. Egasse, des connaissances pharmaceutiques indispensables au médecin.

Le vendredi, M. Alcindor s'occupera du parasiticisme au point de vue thérapeutique, et M. Courtois-Suffit, de la séméiologie de quelques affections du système nerveux.

— Le Conseil municipal de Paris a alloué une somme de 30,000 fr. à l'Association française pour l'avancement des sciences à titre de subvention par le Congrès qu'elle organise à Paris en 1889, et une somme de 4,000 fr. à la Société d'anthropologie en vue de son exposition.

— Les candidats au concours, qui doit s'ouvrir le mardi 7 mai pour la nomination à une place d'accoucheur du Bureau central, sont au nombre de neuf. Ce sont, par ordre alphabétique : MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Démelin, Lepage, Loviot, Potocki, Stapfer et Tissier.

Le jury de ce concours est provisoirement constitué comme suit : MM. Porack, Bouillly, Bar, Guéniot, Maygrier, Cornil et Kirmisson.

La variole a Lyon. — Depuis quelques mois de nombreux cas de variole se sont déclarés à Lyon et le nombre des décès, du 1[er] janvier au 6 avril, s'est élevé à 43. La municipalité, après plusieurs appels dans les journaux, vient d'instituer dans chaque quartier un centre pour les vaccinations et revaccinations gratuites. Par mesure de précaution, tous les élèves de la nouvelle école de santé militaire ont été revaccinés.

(*Bull. méd.*)

Faculté de médecine de Nancy. — Le Conseil de la Faculté a présenté, en première ligne, pour la chaire vacante d'histoire naturelle médicale, M. Macé, agrégé, chargé du cours depuis le décès du professeur Engel.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

**I Eschscholtzia Californica. — II. La pyrodine. — III. Traitement du tænia.**

### I

L'emploi thérapeutique de l'Eschscholtzia Californica vient d'être étudié par le docteur Ter-Zakariantz dans une thèse intéressante faite dans le service de M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

Cette plante, qui est originaire d'Amérique et facilement cultivée en France, n'avait jusqu'à présent donné lieu qu'à une courte note de M. Stanislas Martin, parue dans le *Bulletin de thérapeutique* (tome CXII, 1). C'est une papavéracée dont on emploie les extraits alcoolique et aqueux faits avec la plante entière (racine, tige, feuille, fleur et fruit); 100 grammes de plante donnent 20 grammes d'extrait alcoolique et 16 grammes d'extrait aqueux. Le premier est soluble dans l'alcool, dans l'eau distillée (excepté la résine, 3 grammes pour 20); très peu soluble dans la glycérine ; insoluble dans le chloroforme et l'éther. Le second est soluble dans l'eau distillée, dans l'alcool, dans la glycérine; insoluble dans le chloroforme et l'éther.

L'analyse de l'extrait aqueux a donné à MM. Bardet et Adrian une petite quantité de morphine, et, de plus, une substance probablement glycosidique et une base à déterminer; par le traitement alcoolique après épuisement par l'eau on n'obtient plus de morphine. Il est intéressant, on doit le remarquer en passant, de rencontrer de la morphine dans une papavéracée en dehors du genre *papaver.* L'autre base est très active sur les animaux à sang froid : 0,04 centig. d'extrait tuent des grenouilles, tandis que 0,02 centig. de morphine ne donnent rien.

Physiologiquement, l'Eschscholtzia Californica agit :

1° *Sur la respiration;* accélération initiale, puis ralentissement jusqu'à la mort;

2° *Sur la température;* à faible dose, pas d'action; à dose forte, l'extrait en nature la fait monter, l'extrait dépourvu de résine la fait baisser;

3° *Sur le système nerveux;* à petite dose, perte de la spontanéité volontaire, indifférence; à doses très élevées les fonctions bulbaires et médullaires sont atteintes.

Les observations cliniques ont été faites sur treize malades, dont deux cas de bronchite chronique, deux de tuberculose avancée, une maladie de Bright, une sciatique, une névrite, deux maladies du foie, une paralysie agitante, un cas de névropathie et deux rhumatismes.

L'auteur a donné l'extrait alcoolique en allant de 0,80 centig. à 12 gr.

Les tuberculeux ne supportent pas le médicament. Dans tous les autres cas, il y a eu un sommeil paisible et dans la névrose une diminution notable de la douleur et du tremblement. La saveur est amère, mais n'offre rien de désagréable.

En somme les effets seraient les mêmes que ceux de la morphine, mais sans les inconvénients de cette dernière ; il n'y a ni cauchemar, ni rêvasseries. Des malades qui en ont pris pendant seize jours n'ont eu aucun phénomène fâcheux, pas d'intolérance stomacale, pas de constipation, pas de perte d'appétit ; ni maux de tête, ni nausées, ni vomissements. Au contraire les céphalalgies cèdent très bien (cinq cas). Dans un seul cas, des cauchemars sont apparus après deux semaines de traitement. L'effet calmant est en général moins accusé.

La dose est de 2 gr. 50 à 10 grammes par jour, et l'effet du médicament persiste assez longtemps après son emploi. On peut employer des potions, des pilules ou un sirop :

| | |
|---|---|
| Extrait aqueux d'Eschscholtzia Californica........... | 20 grammes. |
| Poudre de réglisse................................ | q. s. |

Pour 40 pilules ; 5 à 10 par jour.

II

La pyrodine, ou plutôt l'acétyphénylhydrazine, a pour formule : $C^6 H^5 Az Az HC^2 H^3 O$, et se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristalline, dont la saveur est très peu marquée, ce qui permet de l'administrer en nature ; elle est très peu soluble dans l'eau.

La pyrodine contient la substance active mélangée à d'autre corps et est quatre fois moins forte.

Les premières expériences cliniques ont été faites par M. Dreschfeld (de Manchester), et l'action physiologique étudiée par le docteur Wild (1). Le premier a vu un sujet en bonne santé en supporter 5 centig. à 1 gramme sans inconvénients. Il est arrivé aux résultats suivants :

La pyrodine et son principe actif sont des antipyrétiques puissants qui abaissent rapidement, et pendant plusieurs heures, la température ; ingérée sans difficultés par les malades, elle provoque des sueurs, mais ne donne ni vomissements ni menaces de collapsus ; les effets sont particulièrement favorables dans la scarlatine, la pneumonie, le typhus exanthématique, assez bons dans la fièvre typhoïde ; les effets sont excellents contre les migraines et les névralgies.

Dans les vingt-quatre heures, il faut donner le médicament en une seule dose et ne continuer la médication que pendant quelques jours ; elle a réussi dans des cas ou d'autres antipyrétiques avaient échoué. L'action antipyrétique est plus puissante que celle de l'antipyrine, de l'antifébrine et de la phénacétine, mais l'action toxique aussi marquée ; ce dernier inconvénient est atténué par ce fait qu'une seule dose suffit dans les vingt-quatre heures, l'effet sur la température étant très marqué. Il faut encore noter l'abaisssement de la fréquence du pouls, la dilatation des vaisseaux et l'exagération de la diurèse.

Depuis sa première communication, le professeur Dreschfeld a insisté davantage sur le pouvoir toxique. Il a observé sur l'animal l'apparition de

1) *Medical Cronicle*, nov. 1888 ; — *The Lancet*, 8 déc. 1888 ; — *Pharmaceutical Journal*, 1er déc. 1888.

l'hémoglobinurie due, d'après lui, à un certain degré d'hémoglobinhémie qui survient chez le lapin (et cause la mort) à 6 centig. par livre continués pendant deux à trois jours. Des effets toxiques chez l'homme ont été vus dans la fièvre typhoïde et le rhumatisme.

M. Lépine (1) a proposé le terme de phénacéthydrazine, de même qu'on dit phénacétine, et nous emploierons dorénavant ce synonyme. D'après les recherches de M. Barral, son chef de laboratoire, elle réduit la liqueur de Fehling, non seulement à chaud, mais même à froid, et dévie à droite la lumière polarisée; dans l'urine des malades qui en ont pris, il ne se développe point de pouvoir réducteur pour la liqueur bleue; cette absence de réduction existe aussi pour l'urine des animaux (cobayes), même quand ils en ont pris des quantités notables; elle prend une couleur jaune spéciale, mais n'est pas albumineuse.

Dans ses expériences faites sur la grenouille et le cobaye, M. Lépine a noté une action des plus fâcheuses sur le sang qui se manifeste seulement dans certaines conditions et une toxicité faible. De deux grenouilles, l'une est placée dans une solution d'antipyrine à 1/50e et l'autre dans une solution de phénacéthydrazine de même concentration; la première est morte le lendemain, la seconde à peine malade. Des cobayes résistent à une dose supérieure à 50 centigr. par kilog., voisine même de 1 gramme par kilog. en une seule injection sous-cutanée; il faut qu'ils soient bien nourris et non exposés au froid.

D'autres cobayes ont reçu pendant quinze jours de 10 à 20 centig. par kilog. du médicament en injections sous-cutanées et n'ont perdu que fort peu de leur poids. Le foie devient moins riche en glycogène et le rein devient jaune. Enfin, au spectroscope, le sang est chargé de méthémoglobine.

*In vitro*, MM. Lépine et Blanc ont mélangé 1 mm. c. de sang à 10 mm c. d'une solution contenant pour 200 d'eau et 5 de chlorure de sodium, soit 1 d'antipyrine, soit 1 de phénacéthydrazine, soit 1 d'acétanilide; c'est l'antipyrine qui détruit le plus de globules. Malgré cela, chez l'animal vivant, la méthémoglobinhémie intra-globulaire est le premier degré (le moins grave) de l'altération du sang; ensuite le nombre des globules diminue et ce fait a été aussi constaté chez l'homme.

Au colorimètre, un cobaye qui avait reçu 15 centig. de phénacéthydrazine a dégagé beaucoup moins de chaleur qu'un cobaye sain.

Chez les fébricitants (dose maxima : 3 grammes par jour), Lépine a observé l'abaissement de la température, l'amélioration de l'état général; chez deux ataxiques atteints de douleurs fulgurantes, il a obtenu pendant plusieurs heures un repos relatif qui manquait avec les autres nervins connus.

O. Liebreich (2) a pris soin de bien distinguer la pyrodine, produit impur, et sa substance active. De la première, qu'il vaut mieux du reste ne pas employer, on peut donner 0,12 à 0,24 chez l'enfant, 0,49 à 0,73 chez l'adulte. On prescrira 0,03 à 0,06 de phénacéthydrazine pure à un enfant, 0,12 à 0,18 à un adulte. Il indique 0,02 par jour comme dose maxima à employer rarement; M. Lépine indique 3 grammes comme dose limite, mais ne dit pas s'il a employé la substance pure ou la pyrodine.

(1) *Lyon Médical*, 1888, 50.

(2) *Therapeutische monatshefte*, déc. 1888, janv. 1889.

III

*L'Union médicale* a publié (1889, 13) une leçon du professeur Potain sur le traitement des tænias. Cette question a depuis ce moment été traitée dans plusieurs Sociétés savantes et a donné lieu à différents travaux intéressants.

M. le docteur Descroizilles a publié (1) une leçon sur le tænia chez les enfants. Il est à peu près prouvé qu'il peut apparaître dès la première année, mais on doit cependant le considérer comme rare avant deux ans; enfin le maximum de fréquence se trouve entre cinq et dix ans. Les troubles nerveux sont exceptionnels, et il est habituel de voir simplement de la diarrhée alternant avec de la constipation, des selles diarrhéiques très promptes, presque inattendues, de l'amaigrissement. Comme chez l'adulte, le rejet des cucurbitains peut seul faire affirmer le diagnostic. Le pronostic est bon, bien qu'avant trois ans l'affection puisse être regardée comme assez sérieuse.

Il faut traiter les enfants atteints de tænia et, si une cure a déjà été tentée sans succès, il faut attendre environ trois mois avant de faire une nouvelle tentative; plus les échecs sont nombreux, plus les chances diminuent.

M. Descroizilles entre dans des détails minutieux afin d'assurer autant que possible le succès. Six semaines avant l'administration du médicament choisi, il faut supprimer les gâteaux, les sucreries et ne donner qu'une nourriture légère dont le lait fera la base. Tous les quinze jours, un petit purgatif léger entretiendra la liberté du ventre; enfin, dans les trois ou quatre derniers jours, il ne faudra donner que du lait.

La veille, à neuf heures du soir, un lavement simple débarrassera l'intestin; à cinq heures, on en donnera un second, et enfin, à sept heures et demi, huit heures, l'enfant prendra le tænifuge et restera au lit pendant la première heure. A ce moment, les vomissements sont souvent assez gênants. Après deux heures, 15 à 20 grammes d'huile de ricin détermineront des selles qui seront recueillies dans un vase rempli d'eau tiède.

Si le résultat définitif tarde à se produire, il pourra être provoqué par un lavement purgatif, ou même un second lavement simple.

Quel tænicide employer? La pelletiérine a donné moins de succès à M. Descroizilles que la fougère mâle, et même il n'a jamais eu avec elle de résultat complet. Il préconise l'extrait éthéré de fougère mâle, et voici sa formule :

| | |
|---|---|
| Extrait éthéré de fougère mâle.......... | 3 à 10 grammes. |
| Eau de menthe........................ | 15 grammes. |
| Essence d'anis........................ | X gouttes. |
| Eau de camomille..................... | 30 grammes. |
| Sirop de sucre........................ } | āā 20 — |
| Sirop d'écorces d'oranges amères......... } | |

Toujours, quoi qu'on fasse, le goût est désagréable, aussi a-t-on employé les capsules; mais elles sont grosses et les enfants les avalent difficilement.

Il ne faut pas oublier, à propos de la prophylaxie, que c'est la viande de bœuf crue qui est la cause de la plupart des cas de tænias; aussi, quand il

(1) *Semaine médicale*, 1889, 2.

est nécessaire d'employer ce mode d'alimentation, doit-on prendre de la viande de mouton.

M. Béranger-Féraud (1), dont la monographie sur les tænias est connue de tous, a publié les résultats qu'il a obtenus à l'hôpital militaire de Toulon en 1888. Sur 191 individus atteints, 69 n'avaient jamais quitté la France, et l'auteur en conclut que la fréquence du tænia augmente rapidement chez nous. Il a obtenu 108 expulsions complètes et a compté une fois 17 têtes venant du même individu.

M. Béranger-Féraud a employé comme traitement la graine de courge, le kamala et la pelletiérine. Toute administration de tænifuge a été précédée du traitement préparatoire suivant : la veille, le malade ne prend que du lait et du pain à son repas du soir; le lendemain matin, à six heures, il ingère une infusion de 12 grammes de séné édulcorée avec du sirop d'écorces d'oranges amères, puis, à six heures et demie, le tænifuge suivi d'un purgatif une heure après.

Les expériences ont été faites d'abord avec la graine de courge, celle du *Cucurbita maxima* (potiron); douze fois on a donné la graine décortiquée, une fois l'huile extraite de 10 grammes de graines décortiquées; une fois la péparésine obtenue. L'ingestion de la péparésine est facile, celle de l'huile de courge désagréable, celle de la graine pilée avec addition de sucre, de rhum, etc., devient très pénible quand le malade arrive aux dernières cuillerées.

A peu près une heure après l'ingestion du médicament, il y a souvent des nausées et quelquefois des vomissements; la face se congestionne. L'huile seule donna un mal de tête intense. Bientôt apparaissent des coliques, un sentiment de faiblesse très pénible avec brisement des membres et une grande courbature durant vingt-quatre heures.

L'huile et la péparésine n'ont donné aucun bon résultat. Dans les 12 exriences faites avec la graine décortiquée, il y a eu 2 succès et 12 insuccès. C'est pour les succès une proportion de 20 p. 100.

M. Béranger-Féraud a expérimenté le kamala dans les meilleures conditions et a employé la poudre, la teinture et la résine. Il a fait 31 essais dont 16 avec la poudre, et n'a pas obtenu une seule fois l'expulsion de la tête, avec des doses variant de 15 à 30 grammes. Dès la dose de 20 grammes, il y a, dans la moitié des cas, des nausées, des coliques, des vertiges, du mal de tête et de la courbature durant douze heures. A 30 grammes, tous les malades ont présenté ces phénomènes.

La teinture a été administrée à des doses variant de 8 à 12 grammes. Cette dernière dose provoquait des phénomènes analogues à ceux produits par 30 grammes de poudre et une fois même il y eut de la dépression avec algidité. Il n'y a jamais eu expulsion de la tête du ver.

La résine a été employée quatre fois; à 15 grammes, elle provoque des phénomènes assez intenses et on ne doit pas monter jusque-là. Du reste, l'insuccès a été constant.

En somme, si le kamala provoque l'expulsion d'assez longs fragments du parasite, il ne guérit pas; il faut donc le rejeter de la pratique.

Dans le courant de 1888, M. Béranger-Féraud a employé 152 fois la pelletiérine; il a eu 110 succès et 42 insuccès, donc 72 p. 100 de succès. Il pense même que, lorsque le médicament est bien administré, on peut arriver à

(1) *Bulletin de thérapeutique*, 1889, 6.

75 et même 80 p. 100 de réussites. Les chances de succès sont toujours naturellement plus grandes quand on en est à la première tentative.

Quand le ver reste quelque temps à l'anus, on peut donner des lavements à l'écorce de grenadier et même à la pelletiérine, et obtenir l'expulsion de vers qui certainement se seraient cassés.

A la fin de son mémoire, M. Béranger-Féraud rapporte une observation de tænia chez un enfant de 42 mois. L'expulsion fut obtenue sans accidents par la pelletiérine après échec de la fougère mâle.

A la séance du 21 février 1889 de la Société de médecine pratique, une intéressante discussion s'est engagée sur le traitement des tænias. Elle a commencé par une communication de M. Duchenne. Pour lui l'écorce de grenadier ne peut être employée que fraîche; pour être certain de l'avoir racines de telle, il fait acheter aux Halles, par ses malades, un jeune grenadier et emploie 60 gr. de l'écorce des racines. Ces 60 gr. sont mis dans 750 gr. d'eau que l'on fait bouillir jusqu'à réduction à 500 gr. après un séjour de deux heures dans l'eau froide. Avant l'administration, il donne un lavement avec 60 grammes de miel de mercuriale et fait prendre une heure après un purgatif. Il y a malheureusement une assez grande quantité de liquide à avaler et il en est de même avec la pelletiérine. De plus, très souvent, il y a des vertiges très forts qui apparaissent quelques instants après l'administration du médicament et qu'on ne peut combattre qu'en faisant coucher les malades et en leur recommandant de fermer les yeux.

M. Duchenne préfère l'extrait de fougère mâle associé au calomel selon la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait éthéré de fougère mâle.......... | 0 gr. 50 centigr. |
| Calomel.................................. | 0 gr. 05 — |

pour une capsule.

F. s. a. 16 capsules à prendre deux par deux toutes les dix minutes.

Quelques personnes avalent difficilement les capsules, aussi M. Duchenne propose-t-il d'employer une potion et de prendre comme excipient le sirop de mélasse pur, c'est-à-dire ne renfermant pas de chlorure de sodium. D'autre part, les capsules provoquent quelquefois des coliques; on y remédie en administrant, quinze minutes avant elles, deux cachets contenant chacun 0,50 centigr. d'antipyrine. Chez les enfants, M. Duchenne conseille d'agir de la manière suivante :

1° Diète la veille;

2° Le lendemain, administrer la préparation suivante :

| | |
|---|---|
| Extrait éthéré de fougère mâle.......... | 4 grammes. |
| Calomel.................................. | 0 gr. 40 centigr. |
| Sucre.................................... | 8 grammes. |
| Gélatine................................. | q. s. |

pour faire une gelée de consistance ordinaire. Les enfants avalent très bien cette espèce de confiture.

Il n'est pas du tout facile de prendre un lavement quand le ver demeure à l'anus, car il faut rester dans la position assise sur le seau d'eau tiède pour que l'animal ne se rompe pas.

M. Weber regarde les tænifuges comme des astringents agissant par le tannin qu'ils contiennent. En Angleterre pour l'homme, en France pour les animaux, un principe très riche en tannin, la noix d'areca, réussit parfaitement. Tout le monde n'emploie pas seulement l'écorce fraiche de la racine

de grenadier. M. Maignien, vétérinaire en premier au 12e régiment d'artillerie, prend indifféremment l'écorce sèche ou fraîche, et même se sert aussi de celle de la tige ; il fait opérer une macération de vingt-quatre heures.

M. Leblanc indique un moyen empirique qui convient bien pour augmenter l'action de l'écorce de grenadier. Il consiste à faire bouillir sa décoction dans un vase en fer nouvellement étamé.

M. Delthil, comme on le sait, emploie les inhalations térébenthinées dans une foule d'affections contagieuses ; il a souvent remarqué que ces inhalations amenaient l'expulsion de vers, oxyures, lombrics et cestoïdes.

M. Dujardin-Beaumetz ne peut admettre que le tannin soit tænifuge ou tænicide. Il ne connaît qu'un corps qui ait les deux propriétés : le kamala. La pelletiérine, liso-pelletiérine sont des curarisants puissants, capables de tuer de jeunes enfants ; ils endorment le ver, pendant du reste un temps très court, mais ne peuvent l'expulser. L'espace de vingt minutes semble être le plus favorable pour l'administration du purgatif qui doit être énergique, par exemple de l'eau-de-vie allemande.

Le tannin ne contribue à rendre la pelletiérine active contre le tænia qu'en la rendant insoluble, c'est-à-dire non absorbable par l'estomac ; elle est donc forcée de passer dans l'intestin, où elle agit par contact direct. Cette action est bien une action de contact, car, introduite par la voie hypodermique, la substance ne produit aucun effet.

La seule contre-indication réelle de la pelletiérine chez l'adulte est celle des vomissements que l'on pourrait peut-être éviter par l'emploi préalable de l'antipyrine ou de la cocaïne.

La vacuité de l'intestin est encore très importante pour le succès, car si le cestoïde est englobé dans un amas de matières fécales, le contact parfait entre lui et le tænicide ne peut exister.

M. Lecerf recommande pour la macération de l'écorce de grenadier de ne pas se servir d'eau calcaire, mais d'eau distillée ou additionnée d'une faible quantité de bicarbonate de soude, 1 gramme à 1 gr. 50 par litre d'eau. Dans ces conditions, on peut même employer de vieilles écorces.

Terminons en mentionnant deux préparations récemment conseillées. Les médecins de Maurice et le docteur Pariso (d'Athènes) (1) vantent beaucoup la noix de coco et emploient les fibres ligneuses qui entourent l'amande. Le docteur Giquel (2) a vu un malade obtenir l'expulsion d'un tænia mediocanellata après insuccès de divers tænifuges en mangeant chaque jour une poignée de graines fraîches de citrouilles qu'il décortiquait lui-même et croquait en allant et venant. Pendant près de quinze jours il rendit des fragments et des cucurbitains, puis tout cessa, et la guérison reste acquise depuis plusieurs années.

Enfin mentionnons encore le mode d'administration de la fougère mâle du docteur Bettelheim (3), qui emploie des pilules kératinisées contenant l'extrait et du jalap ; elles ne peuvent, comme l'on sait, entrer en action que dans l'intestin.

Paul Chéron.

(1) *Nouveaux remèdes*, 1889, 1.
(2) *Gazette hebdom.*, 1889, 8.
(3) *Scalpel*, 1889, 245.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 avril. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Effets des détonations d'armes à feu sur l'oreille. — Opération de Wladimirof-Mickuliez.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. Nimier relatif aux effets de la détonation des armes à feu sur l'oreille. Il faut tenir compte des vibrations de l'arme, du projectile, de celles de l'air, et les effets sont d'autant plus accentués que l'oreille a été plus malade antérieurement.

— M. Berger fait une communication sur l'opération de Wladimirof-Mickuliez ou résection ostéo-plastique du pied. M. Chaput l'a pratiquée récemment sur un malade qu'il a présenté à la Société et, sans obtenir un résultat absolument parfait, a donné au malade la possibilité de marcher à peu près bien. Cependant il a persisté une anesthésie du bord externe du pied et les os de ce dernier sont légèrement mobiles sur ceux de la jambe.

L'opération, d'après Wladimirof-Mickuliez, consiste à enlever les parties molles postérieures de l'extrémité inférieure de la jambe, du talon et de l'arrière-pied, puis la partie inférieure du tibia et du péroné, le calcanéum et l'astragale, et quelquefois une partie du tarse. On suture ensuite bout à bout ce qui reste des os du pied à ceux de la jambe, de telle sorte qu'il se forme ainsi une colonne verticale qui repose sur le talon antérieur, c'est-à-dire sur les l'extrémités antérieures des métatarsiens. Les orteils se recourbent à angle droit, et en fin de compte le malade marche à la manière des animaux digitigrades.

Le docteur Simon, dans sa thèse, a relevé les principaux cas publiés. Vingt d'entre eux ont donné un résultat satisfaisant qui, quatorze fois, était presque irréprochable; et souvent les malades ont pu se passer d'appareils ou ne porter qu'une gaine de cuir enfermant la partie inférieure du membre.

Malheureusement les récidives et les insuccès sont assez nombreux; les premières tiennent à ce que l'étendue des lésions est souvent très difficile à reconnaître et elles ont dû être suivies, dans plusieurs cas, d'une nouvelle opération ou de l'amputation. Presque toutes, huit ou neuf, sont survenues à la suite de tumeurs blanches; il faut donc dans ces cas, pour éviter sûrement les longues suppurations et les fistules, réséquer très largement.

La consolidation peut ne pas se faire à la suite de l'opération; si la mobilité n'est que partielle, comme dans l'observation de M. Chaput, le résultat est encore assez bon, mais, quand les os restent totalement séparés, une intervention radicale devient souvent nécessaire. Dans un fait, une gangrène secondaire a forcé à amputer et dans d'autres il s'est produit quelques troubles trophiques.

L'indication principale de l'opération de Wladimirof-Mickuliez se trouve dans les altérations tuberculeuses du cou-de-pied; on peut encore y avoir recours dans les traumatismes et les tumeurs du calcanéum.

Depuis quelques années, dans les affections du cou-de-pied où l'on amputait, on tend à faire des opérations conservatrices.

Les résections partielles, l'opération de Pasquier-Le Fort ont donné à M. Berger de très bons résultats.

Les indications de l'opération de Mickuliez sont à peu près opposées à celles des sections limitées. On pourra y recourir lors de tumeurs blanches à lésions étendues, atteignant le calcanéum et laissant intacte la partie antérieure du métatarse. Les avantages de cette opération ou de celles qui étaient connues en France sont l'absence de raccourcissement et de raideur, un résultat fonctionnel meilleur.

Les chirurgiens russes pratiquent deux incisions verticales et parallèles passant derrière les malléoles et deux incisions transversales à la jambe et à la plante du pied; ils

enlèvent ensuite toutes les parties molles qui se trouvent dans l'espace ainsi limité. M. Berger croit que les parties sacrifiées pourraient, dans beaucoup de cas, être conservées utilement pour la nutrition de la région, et conseille de faire une incision courbe, unique, longeant le bord externe de la jambe et du pied. On met ainsi facilement à nu les parties malades, et l'on pratique alors soit avec résection partielle, soit l'opération de Pasquier-Le Fort, soit celle de Mickuliez, selon le cas. Les bourrelets résultant du tassement des tissus disparaissent dans la suite.

Après les sections osseuses, il faut fixer les os par de gros fils de catgut et placer ensuite un pansement iodoformé et un appareil inamovible que l'on laisse aussi longtemps qu'on le peut.

Pour M. Berger, l'opération de Wladimirof-Mickuliez doit être regardée comme une bonne opération conservatrice que l'on doit, dans beaucoup de cas, préférer à l'amputation de la jambe; il faut commencer par une incision cutanée unique, afin de bien voir si une résection moins étendue ne serait pas suffisante.

M. Segond n'est pas très partisan des opérations partielles faites sur le pied. Dans tous les cas où il a eu recours à des interventions partielles, il a dû plus tard faire l'amputation. Il regarde cette dernière comme la meilleure opération, et pense qu'il faut la faire le plus tôt possible.

M. Chauvel partage à peu près complètement l'opinion de M. Segond. Cependant l'opération de Wladimirof-Mickuliez peut être utile quand il s'agit de traumatisme par fragment d'abcès, par exemple, et que la région calcanéenne est détruite.

Il pense que l'incision que conseille de faire M. Berger n'est pas suffisante pour se rendre exactement compte des lésions et regarde les récidives comme étant très à craindre à la suite de l'opération.

M. Poncet (de Lyon) rappelle que des chirurgiens lyonnais ont signalé, dans le *Lyon médical*, le procédé opératoire décrit par M. Berger. Il n'a jamais fait l'opération de Wladimirof et la regarde comme convenant surtout aux cas de traumatismes. Les résections partielles plus ou moins étendues sont excellentes dans les affections tuberculeuses, quand les malades n'ont pas dépassé l'âge de 20 ans; les insuccès sont à redouter dans un âge plus avancé.

M. Schwartz a vu cinq opérés par l'opération de Mickuliez; le résultat était excellent.

M. Prengrueber a pratiqué l'opération dans un cas d'ostéo-arthrite tuberculeuse du cou-de-pied; elle ne lui a permis d'atteindre les limites du mal, et il a dû faire immédiatement l'amputation de la jambe. Cependant, avant l'opération, les lésions ne paraissaient pas très étendues. Il est probable que, quand on obtient des résultats aussi bons que ceux qu'a vus M. Schwartz, c'est qu'il s'agit de cas peu avancés dans lesquels des moyens moins radicaux pourraient aussi réussir.

M. Desprès s'élève contre l'abus du grattage appliqué au traitement des ostéo-arthrites. Après ces opérations partielles, on croit à la guérison, puis bientôt l'affection récidive et souvent elle est plus développée qu'auparavant. Il préfère, pour sa part, s'en tenir à la compression et à l'immobilisation qui donnent au moins autant de succès.

M. Desprès ne croit pas à la valeur de l'opération de Wladimirof; il compare à des danseuses les malades ainsi opérées, et l'on sait que les premières ne peuvent soutenir bien longtemps leur attitude.

M. Polaillon fait remarquer qu'Hilton, il y a déjà bien longtemps, a indiqué l'incision courbe de M. Berger pour l'ablation du calcanéum. Quand cet os est nécrosé et qu'il y a des trajets fistuleux, la Société a déjà reconnu qu'il fallait l'enlever chez les femmes et les jeunes sujets, et faire l'amputation de la jambe chez les hommes.

M. Berger insiste sur ce point que, tandis qu'autrefois il a partagé l'avis de M. Segond, aujourd'hui les progrès de la chirurgie conservatrice lui font soutenir une théorie opposée et que les opérations partielles pour lésions du pied donnent de bons résultats.

Sauf pour le calcanéum, il ne conseille pas le grattage; en tout cas, si l'opération

partielle est suivie de récidive, il est toujours temps de recourir à l'amputation. Il ne réclame la priorité de l'incision externe que pour l'opération de Wladimirof-Mickuliez.

— M. NIMIER donne lecture d'un cas de luxation récidivante de la rotule en dehors.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 26 avril 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

SOMMAIRE : *Anatomie pathologique de la maladie de Morvan. — Emphysème sous-cutané au cours d'une pneumonie franche.*

M. GOMBAULT a fait la première autopsie d'un cas de maladie de Morvan (panaris analgésique, paréso-analgésie des extrémités supérieures). Jusqu'ici on avait seulement dans un cas, sur un doigt atteint de panaris de Morvan et amputé, constaté une névrite périphérique, mais on ne savait jusqu'où cette névrite s'étendait.

La malade dont M. Gombault a fait l'autopsie avait été soignée à l'hôpital de Morlaix par le docteur Prouff et le diagnostic avait été porté par le docteur Morvan lui-même. Cette femme avait eu déjà à 12 ans un premier panaris, en même temps qu'une scoliose se montrait. Elle eut ensuite, à des intervalles plus ou moins longs, une succession de panaris aux doigts des deux mains. On observa encore chez cette malade des troubles trophiques de la peau des mains et des muscles des éminences thénar, l'analgésie et la thermo-anesthésie des mains et des avant-bras, la perte de la notion de position des membres supérieurs. C'est par suite d'une infection purulente occasionnée par un panaris que la mort est survenue à 56 ans.

Les lésions anatomiques constatées ont été d'abord une lésion très considérable des nerfs périphériques (production exubérante de tissu conjonctif avec dégénérescence et disparition d'un grand nombre de tubes nerveux); lésions s'atténuant progressivement au fur et à mesure qu'on suivait les nerfs vers la moelle, comme dans la névrite ascendante.

En outre, dans la moelle épinière existait un développement anormal de tissu interstitiel dans le cordon postérieur, les cornes postérieures et la substance grise centrale. Les parois vasculaires étaient assez épaissies par la sclérose, pour qu'en certains points les vaisseaux fussent oblitérés. Cette sclérose médullaire siégeait presque exclusivement dans le renflement cervical de la moelle, et de même la névrite périphérique n'occupai que les nerfs des membres supérieurs, de sorte que les lésions du système nerveux correspondaient exactement aux régions du corps où les symptômes avaient existé pendant la vie.

Dans la substance grise centrale, M. Gombault ne pense pas qu'il y eût de syringomyélie. Les lacunes qu'il y a constatées étaient propablement le résultat des coups de marteau que la moelle avait subis pendant l'extraction.

Il ne tranche pas la question de savoir si la lésion de la moelle a déterminé celle des nerfs ou en a été la conséquence.

M. DEBOVE a fait remarquer que d'après la description de M. Gombault il y avait en somme une sclérose des cordons postérieurs de la moelle comme dans le tabès, alors que la maladie de Morvan ne rappelle en rien cliniquement l'ataxie locomotrice.

— M. HUCHARD a observé avec M. Cadet de Gassicourt et M. Bergeron chez un enfant de 5 ans un emphysème sous-cutané au cours d'une pneumonie franche. L'emphysème s'étendit depuis le cou et la face jusqu'à la base du thorax. Le malade n'avait pas eu de ces quintes de toux qui par leur violence peuvent déterminer, dans la coqueluche par exemple, la rupture d'une vésicule pulmonaire.

La pneumonie qui était à gauche fut caractérisée par la mobilité des symptômes stéthoscopiques, les irrégularités de la température, l'apparition d'une seconde pneumonie congestive du côté opposé après la défervescence de la première. Un impaludisme antérieur paraît avoir eu une certaine influence sur la marche de cette pneumonie et l'amélioration ne se manifesta qu'après l'emploi d'injections sous-cutanées de chlorhydrate de quinine. La guérison ne fut assurée qu'au vingtième jour.

M. Huchard croit que l'emphysème sous-cutané n'a été vu que quatre fois au cours de la pneumonie franche.

## COURRIER

Des inhumations. — Le Conseil d'Etat vient d'adopter le projet suivant relativement aux inhumations. Ce projet sera publié incessamment dans le journal officiel.

Art. 1er. — L'officier de l'état civil peut, s'il y a urgence, notamment en cas de décès survenu à la suite d'une maladie contagieuse ou épidémique ou en cas de décomposition rapide, prescrire, sur l'avis du médecin commis par lui, la mise en bière immédiate après la constatation officielle du décès, sans préjudice du droit d'ordonner la sépulture avant l'expiration du délai fixé par l'article 77 du Code civil.

Art. 2. — Si le décès paraît résulter d'une maladie suspecte, dont la protection de la santé publique exige la vérification, le préfet peut, sur l'avis conforme écrit et motivé de deux docteurs en médecine, prescrire toutes les constatations nécessaires et même l'autopsie.

Art. 3. — Il ne peut être procédé aux opérations tendant à la conservation des cadavres par l'embaumement ou par tout autre moyen sans une autorisation du préfet de police dans le ressort de la préfecture et du maire partout ailleurs.

Pour obtenir cette autorisation, il y a lieu de produire : 1° une déclaration indiquant le mode et les substances que l'on se propose d'employer, ainsi que le lieu et l'heure de l'opération ; 2° un certificat du médecin traitant affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle.

La décision est prise sur le rapport d'un médecin assermenté commis pour vérifier le décès, et établi dans les formes prescrites par l'article 17.

Art. 4. — Sauf la translation à la chambre funéraire prévue à l'article suivant, le déplacement d'un cadavre ne peut s'effectuer s'il n'a été autorisé par le maire ou par le sous-préfet, selon que ce déplacement a lieu dans les limites de la commune ou de l'arrondissement ; dans les autres cas il doit être autorisé par le préfet du département où a lieu le décès.

L'introduction des corps en France, leur transport au lieu de sépulture sont autorisés par le ministre de l'intérieur.

Art. 5. — Il peut être rétabli des chambres funéraires destinées à recevoir avant la sépulture des corps de personnes dont le décès ne provient pas d'une maladie contagieuse.

Ces chambres funéraires sont créées, sur la demande du conseil municipal, par arrêté du préfet, qui ne peut statuer qu'après enquête de *commodo et incommodo* et avis du conseil d'hygiène.

Si une chambre funéraire présente des inconvénients graves, le préfet peut ordonner la suppression, le conseil municipal entendu.

Art. 6. — L'admission des corps à la chambre funéraire ne peut avoir lieu que sur la production :

1° D'une demande écrite du chef de famille ou de tout autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Cette demande énoncera les noms, prénoms, âge, profession et domicile du décédé ;

2° D'un certificat de décès dans lequel le médecin traitant doit constater que le décès n'a pas été provoqué par une maladie contagieuse.

A défaut de médecin traitant, l'admission à la chambre funéraire ne peut avoir lieu qu'en vertu d'une autorisation du maire ou du commissaire de police.

Art. 7. — Le commissaire de police peut acquérir l'admission à la chambre funéraire des corps de personnes étrangères à la commune qui décèdent sur la voie publique ou dans un lieu ouvert au public.

Art. 8. — Les corps sont transportés à la chambre funéraire dans des voitures spéciales ou des civières fermées.

Ils doivent avoir le visage découvert et les mains libres.

Art. 9. — La constatation officielle du décès peut être faite à la chambre funéraire.

Art. 10. — La sépulture dans le cimetière d'une commune est due : 1° aux personnes

décédées sur son territoire, quel que soit leur domicile; 2° aux personnes domiciliées sur son territoire, alors même qu'elles seraient mortes dans une autre commune; 3° aux personnes non domiciliées dans la commune, mais y ayant droit à une sépulture de famille.

Art. 11. – A défaut de la famille, la commune est tenue de pourvoir à la sépulture des personnes décédées sur son territoire, sauf à réclamer contre qui de droit le remboursement de la dépense.

*Des inhumations.* — Art. 12. — Les cercueils doivent être déposés dans les fosses et tranchées à une profondeur d'un mètre cinquante centimètres au moins.

Art. 13. — Chaque fosse particulière aura au minimum une largeur de quatre centimètres sur une longueur de deux mètres. Pour l'inhumation des enfants en bas âge les fosses peuvent être réduites à un mètre superficiel.

Les fosses seront distantes entre elles de trente centimètres au moins.

Art. 14. — Les concessions, dans le cas où il n'y a point de caveau de famille, ne peuvent recevoir plusieurs corps que si cinq années au moins séparent chaque inhumation ou si les corps ont été placés de manière que la profondeur réglementaire soit observée dans la dernière inhumation.

Art. 15. — Dans les inhumations en tranchée, les cercueils doivent être distants les uns des autres d'au moins vingt centimètres.

*De l'incinération.* — Art. 16. — Aucun appareil crématoire ne sera mis en usage sans une autorisation du préfet accordée après avis du conseil d'hygiène.

Art. 17. — Toute incinération sera faite sous la surveillance de l'autorité municipale. Elle doit être préalablement autorisée par l'officier de l'état civil du lieu de décès, qui ne peut donner cette autorisation que sur le vu des pièces suivantes :

1° Une demande écrite du membre de la famille ou de toute autre personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles; cette demande indiquera le lieu où doit s'effectuer l'incinération;

2° Un certificat du médecin traitant, affirmant que la mort est le résultat d'une cause naturelle.

3° Le rapport d'un médecin assermenté commis par l'officier de l'état civil pour vérifier les causes du décès.

A défaut de certificat d'un médecin traitant, le médecin assermenté doit procéder à une enquête sommaire dont il consignera les résultats dans son rapport.

Dans aucun cas, l'autorisation ne peut être accordée que si le médecin assermenté certifie que la mort est due à une cause naturelle.

Art. 18. — Si l'incinération doit être faite dans une autre commune que celle où le décès a eu lieu, il devra en outre être justifié de l'autorisation de transporter le corps conformément à l'article 4.

Art. 19. — La réception du corps et son incinération sont constatées par un procès-verbal qui est transmis à l'autorité municipale.

Art. 20. — Les cendres ne peuvent être déposées même à titre provisoire que dans les lieux de sépulture régulièrement établis.

Toutefois, les dispositions des articles 12 à 15 ne sont pas applicables à ces dépôts.

Art. 21. — Les cendres ne peuvent être déplacées qu'en vertu d'une permission de l'autorité municipale.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Les microbes des écoulements de l'urèthre.

M. Straus vient de publier un fait des plus intéressants, qui semble mettre en cause la spécificité du coccus de Neisser. D'autre part, on a rencontré dans les écoulements uréthraux outre ce microcoque un grand nombre d'autres organismes dont l'action est plus ou moins bien établie et qui ont été décrits avec grand soin dans la remarquable thèse de M. E. Legrain (thèse de Nancy, 1888). Aussi croyons-nous devoir, en nous appuyant sur cet excellent travail, exposer en quelques lignes l'état de la science sur ce point.

### I

Voici d'abord l'observation de M. Straus à laquelle nous faisons allusion plus haut. Il s'agit d'un garçon marchand de vin entré à l'hôpital du Midi, dans le service de M. Mauriac pour un écoulement uréthral contracté à la suite de manœuvres de masturbation dont il était coutumier, mais qu'il avait prolongé plus que d'habitude. L'écoulement était apparu deux jours après les manœuvres, s'accompagnait d'une sensation de brûlure dans le canal et avait absolument les allures de la blennorrhagie la plus nette. Le malade déclara à plusieurs reprises n'avoir jamais eu de rapport avec une femme.

M. Straus pratiqua quatre fois et à plusieurs jours d'intervalle l'examen bactériologique du pus; il trouva toujours des gonococci types, aussi bien par leur apparence extérieure que par leur réaction micro-chimique. Les préparations faites en même temps avec le pus d'une blennorrhagie ordinaire se présentèrent sous le même aspect.

Si la véracité du malade n'est pas mise en doute, si, d'autre part, on admet un autre fait que rapporte M. Straus, il en résulterait que la blennorrhagie n'est pas une maladie rigoureusement spécifique et qu'elle peut naître en dehors de la contamination par un coït infectieux; c'est la théorie de Ricord et de Fournier qu'admet aussi M. Mauriac.

Pour M. Straus, il est probable « qu'il y a là quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour la pneumo-bactérie de Frænkel... et que le gonococcus de Neisser peut exister, comme hôte inoffensif et comme simple saprophyte, dans le canal de l'urèthre sain, et qu'il peut, dans ces conditions, sous l'influence d'irritations banales, envahir l'épithélium et provoquer le catarrhe caractéristique ».

II

Le microcoque de Neisser est l'agent de la blennorrhagie classique. M. Legrain l'a trouvé dans le mucus très épais, filant, qui colle les lèvres du méat dès le début de l'affection. Le liquide n'est alors composé que de cellules épithéliales de la portion tout à fait antérieure de l'urèthre et de filaments de mucine ; les cocci se trouvent à la surface des cellules.

Plus tard le parasite envahit les couches sous-épithéliales de la muqueuse et pullule dans les globules de pus, enfin aux périodes terminales il revient à la surface.

Micro-chimiquement, le gonocoque se caractérise par une réaction qui a été signalée pour la première fois par Roux (de Lyon); il se décolore par l'emploi de la méthode de Gram.

Dans la blennorrhagie, il est constant dans le pus et existe aussi dans les ophthalmies blennorrhagiques et même dans *toutes* les ophthalmies des nouveau-nés, bénignes ou graves (Vinay); d'où cette conclusion thérapeutique qu'il faut employer constamment, dans les maternités au moins, la méthode de Crédé.

Roux (*Province médicale*, 1888, 49) a réuni les cas où on a rencontré le gonococcus dans les différentes complications de la blennorrhagie. Horteloup et Jullien l'ont trouvé dans le liquide de la tunique vaginale lors d'épididymite, Cornil et Babès dans celui des inflammations des gaines tendineuses et des synoviales articulaires, Petrone dans un genou atteint d'arthrite blennorrhagique, Jullien dans le sang. Le pus blennorrhagique de la femme contient le gonococcus, mais il s'y trouve mélangé à un très grand nombre de micro-organismes et l'application de la méthode de Gram devient fort difficile. Du reste, dans la discussion qui a eu lieu à Lyon à la fin de l'année dernière, MM. Eraud et Aubert ont nié la blennorrhagie du vagin ; tandis que M. Horand l'a affirmée catégoriquement, au moins chez les petites filles. Du reste, il est souvent fort difficile de retrouver le microcoque dans le liquide des manifestations de la blennorrhagie autres que l'arthrite.

Au point de vue médico-légal, la recherche de l'organisme de Neisser s'impose à l'expert. Il devra la pratiquer de la manière suivante, que nous résumons d'après M. Roux :

1° Etaler le pus à examiner sur deux porte-objets sans frotter les lamelles l'une contre l'autre, car la présence du micro-organisme *dans les cellules*, élément des plus importants pour le diagnostic, peut devenir alors très difficile à constater.

2° Placer la lamelle sèche et passée à travers la flamme, la face positive sur le bain suivant :

| | | | |
|---|---|---|---|
| Solution anilinée.... | Huile d'aniline.............. | 3 c. c. | 5 c. c. |
| | Alcool à 50°.................. | 7 c. c. | |
| | Eau............................ | 90 c. c. | |
| Solution hydro-alcoolique de bleu de méthylène......... | | 10 gouttes. | |

(Séjour de deux à trois minutes à froid.)

Faire un premier examen, avec cette coloration simple, dans l'eau.

3° Laver la lamelle à grande eau et la baigner pendant deux minutes dans le liquide de Gram :

| | |
|---|---|
| Iodure de potassium | 2 grammes. |
| Iode | 1 gramme. |
| Eau distillée | 100 grammes. |

4° Enlever avec un papier buvard, sur lequel on appuie le bord de la lamelle, l'excès de liquide iodo-ioduré et placer dans l'alcool absolu jusqu'à décoloration complète, ce que l'on constate en mettant la lamelle sur un fond blanc.

5° Laver de nouveau à l'eau jusqu'à ce que celle-ci coule librement à la surface et faire agir pendant deux ou trois minutes une solution *aqueuse concentrée d'éosine ordinaire*.

6° Déshydrater à l'alcool, éclaircir par l'essence de girofle et monter au baume au xylol.

Ces détails peuvent paraître minutieux à ceux qui ne sont pas familiers avec les recherches bactériologiques, mais l'exécution de toute la préparation ne prend pas plus de vingt à vingt-cinq minutes.

Après l'action de la solution de Gram et celle de l'éosine, la préparation prend une teinte rose, et les cocci sont tous décolorés et réduits à des petits points d'un rose un peu plus foncé. Si il y a d'autres microbes, ils sont colorés en bleu très net.

La recherche du coccus de Neisser devient absolument nécessaire en médecine légale, et les médecins experts doivent s'attendre à se la voir demander. La méthode préconisée par M. Roux leur donnera les meilleurs résultats pour le pus uréthral de l'homme. Chez la femme on rencontre, en même temps que le coccus, un nombre de micro-organismes très considérable, et Winter (cité par Roux) a pu, dans le mucus vaginal, en décrire 27 différents. D'autre part, il est peut-être de ces organismes qui se décolorent par la méthode de Gram. Il faut donc rechercher surtout sur les taches de la chemise de l'inculpé lors d'expertise judiciaire.

Loben avait cru voir que le coccus de Neisser cultivé sur l'agar-agar le liquéfiait, mais sa culture était impure, et il est inutile de rechercher ce caractère qui exige d'ailleurs un outillage spécial. Bockhart, Kreis et Legrain ont obtenu des cultures pures sur gelose légèrement gélatinée et sur gélatine.

On a tenté, dans quelques cas, d'inoculer les cultures de gonococci à l'homme et aux animaux. Tandis que Bouchard, Legrain (résultat douteux) et d'autres paraissent avoir échoué, Bockhart, Bokai, Welander, ont à peu près relativement réussi. Dans le cas de Bockhart, où il s'agissait d'un paralytique général, il y eut autopsie, et on trouva, outre les lésions de l'urèthre, des abcès du rein qui contenaient le gonocoque.

## III

Nous allons passer rapidement en revue, d'après Legrain, les autres micro-organismes que l'on peut rencontrer dans l'urèthre.

Le *micrococcus (diplococcus) subflavus* a été décrit par Bumm. On l'a rencontré dans le mucus vaginal et les lochies, le catarrhe vésical, un abcès du sein (Bumm), l'urèthre sain (Lustgarten et Mannaberg), les vaginites, la bartholinite suppurée, des uréthrites de chien (Legrain). Morphologiquement c'est un diplocoque dont chaque élément est fortement aplati à sa face interne.

Le *micrococcus citreus conglomeratus* a été rencontré par Bumm et Legrain

dans le pus blennorrhagique. C'est un diplocoque qui a des mouvements assez vifs. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Prove a décrit le premier le *micrococcus ochroleucus*. Legrain l'a trouvé dans une uréthrite de fièvre typhoïde et dans un bubon chancrelleux de l'aine.

L'urèthre normal contient les micro-organismes de la suppuration (*micrococcus pyogenes aureus, micrococcus pyogenes albus*); ils existent aussi dans les uréthrites de la fièvre typhoïde, de la blennorrhagie, etc. Nous verrons plus loin leur rôle dans les complications de cette maladie.

Le *microbe orangé de l'urèthre* (Legrain) se rencontre dans les urèthres de chiens, dans l'uréthrite simple, dans les écoulements vaginaux. Il ne semble pas pathogène.

Legrain a encore décrit le *microcoque blanc à colonies foliacées* qui, assez rare dans le pus uréthral, se présente sous la forme de diplocoques formant des amas de 10 à 15 ou de courtes chaînettes de 4 à 6 éléments. Il est inoffensif.

Le *diplocoque jaune non liquéfiant* (Legrain) est peu commun et doit être regardé comme vivant en saprophyte dans l'urèthre de même que le *microcoque blanc grisâtre* et le *diplocoque blanc jaunâtre*. Quelques-unes de ces espèces ont été décrites par Lustgarten et Mannaberg dans leur mémoire sur les microbes de l'urèthre normal.

Le *micrococcus lacteus flaviformis* (Bumm) a été trouvé dans les sécrétions vaginales, la bartholinite suppurée et le *micrococcus albicans amplus* (Bumm), dans le mucus vaginal et l'uréthrite simple.

Legrain décrit encore des bacilles qu'il numérote 1, 2, 3, qui sont rares dans le pus uréthral et ne semblent pas pathogènes. Enfin, il signale en dernier lieu le *spirillum roseum* qui forme des colonies rouges et qu'il a observé deux fois dans des cultures de pus pris dans des écoulements chroniques.

## IV

On peut comprendre le développement de la blennorrhagie de l'homme de la manière suivante : Les parasites qui se déposent sur le méat rencontrent là un épithélium très épais et pullulent sur cet épithélium; peut-être est-ce là l'explication de la période d'incubation, car le microcoque ne se développe bien que dans les globules de pus. Les cellules épithéliales se desquament, laissent pénétrer le parasite dans le chorion et de là dans les lymphatiques, où il pullule. Alors la suppuration véritable commence et se propage peu à peu et de proche en proche vers les parties profondes de l'urèthre en suivant surtout la voie des lymphatiques. A la fin de la maladie, soit que le terrain soit épuisé, soit que les modifications pathologiques des tissus les rendent impropres à la pullulation du parasite, ce dernier revient vers les parties superficielles de la muqueuse et se localise à la surface.

L'uréthrite chronique est alors constituée. Elle a donné lieu à des recherches très intéressantes de la part de Legrain, qui a examiné de ces écoulements tenaces qui font le désespoir du malade et du médecin. Il a constaté que le micrococcus de Neisser ou manque ou n'existe plus qu'en très petite proportion relativement aux autres micro-organismes. C'est ainsi que, chez certains individus traités par les instillations, le suintement rebelle qui subsiste renferme au milieu des débris épithéliaux une immense

quantité de microbes qui sont ceux qui vivent normalement sur la muqueuse; on peut donc se demander si le micrococcus gonorrhéen n'a pas, dans ces cas, une importance très secondaire, le rôle important appartenant aux bactéries saprophytes.

Il est souvent très difficile de reconnaître si, dans un écoulement chronique, il reste encore des microcoques, et le procédé de Roux doit être alors modifié de la manière suivante (Legrain) : Si l'on traite par l'alcool ordinaire les lamelles laissées en contact avec la solution iodo-iodurée, on constate que les éléments du pus blennorrhagique se décolorent dans l'ordre suivant : protoplasma des globules de pus, protoplasma des cellules épithéliales, noyaux des globules de pus, noyaux des cellules épithéliales, gonocoques, bactéries accessoires de l'urèthre. En ne laissant couler qu'une goutte d'alcool sur la lamelle, on arrive à ne décolorer que le fond de la préparation en laissant colorées toutes les bactéries. On porte alors la lamelle sous le microscope; on examine un point de la préparation contenant des bactéries; on le dessine au besoin; puis on fait peu à peu passer de l'alcool entre la lame et la lamelle; s'il y a des gonocoques à l'endroit examiné, on les voit disparaître. Malgré tout, dans les suintements chroniques qui ne contiennent guère que des granulations protoplasmiques et des diplocoques, la recherche doit être regardée comme fort difficile.

On a attribué à la blennorrhagie un caractère infectieux et fait relever d'elle un grand nombre de manifestations diverses qui peuvent se produire dans tous les points de l'économie. Un grand nombre des observations un peu anciennes dans lesquelles les auteurs rapportent avoir rencontré le diplocoque doivent être rejetées, car, à défaut des cultures, il faut, pour affirmer sa présence avec certitude, constater :

1° Sa forme en diplocoques;

2° La présence en amas dans l'intérieur des leucocytes;

3° La décoloration par la méthode de Gram;

Ce dernier caractère n'ayant été indiqué par Roux qu'à la fin de 1886; les trois caractères sont absolument nécessaires pour affirmer que l'on se trouve en présence du micro-organisme de Neisser, car les deux premiers peuvent appartenir à d'autres microbes pathogènes.

Or, Legrain, après Ehrlich, Vogt, Petrone, Kamnerer, etc., en examinant d'après ces principes les liquides de complications de la blennorrhagie, ainsi que le sang de malades atteints de cette affection, n'a pu découvrir le micro-organisme spécial. Dans un abcès péri-uréthral, dans une bartholinite suppurée consécutifs, il n'a trouvé que le micrococcus pyogenes aureus, le diplococcus subflavus, le pyogenes albus, le lacteus flaviformis; Max Bockhart a fait des constatations analogues. Il admet donc que la plupart des complications de la blennorrhagie, même le rhumatisme, sont des infections secondaires.

Gerheim (*Verhandlungen der physik medicin. Gesellschaft zu Wursburg*, XXI) admet aussi que la blennorrhagie est une affection purement locale et que l'extension en profondeur, même sur la muqueuse de l'urèthre, n'est que le fait d'autres microbes. Aucune des complications de la blennorrhagie n'est spécifique. Dans deux cas de bartholinite suppurée, Gerheim n'a lui-même trouvé que des staphylocoques et il pose comme conclusions :

1° Que la blennorrhagie est une affection purement locale qui ne peut se développer que sur des épithéliums cylindriques;

2° Que tous les processus inflammatoires qui sont rattachés à la blennor-

rhagie et qui portent sur des tissus autres que ceux revêtus d'épithélium cylindrique sont le fait d'une infection secondaire.

Bornemann (Th. de Copenhague, 1887) dans trois cas de rhumatisme blennorrhagique où il a recherché le micro-organisme spécifique, n'a eu que des résultats négatifs; il pense aussi que l'affection résulte de la pénétration dans l'organisme des agents habituels de la suppuration qui ont profité de la voie ouverte par le gonocoque.

Legrain admet comme démontré que des uréthrites non infectieuses peuvent survenir après le coït. Dans un cas qu'il a pu observer, la femme avait présenté quelque temps auparavant un phlegmon péri-utérin et dans le pus de l'urèthre il trouva le *micrococcus aureus albus* de Passet.

D'autre part, un grand nombre d'uréthrites peuvent se développer à la suite de l'action d'agents introduits directement dans l'urèthre, sondes, poudres, etc., à la suite de l'action de substances irritantes contenues dans l'urine, cantharide, nitrate de potasse, iodure de potassium, arsenic, bière.

Dans le premier cas, on trouve dans ce pus les agents ordinaires de la suppuration : *micrococcus pyogenes aureus* principalement. Malgré les précautions antiseptiques que l'on prend quand on laisse à demeure une sonde dans l'urèthre, il arrive quelquefois qu'il se produit un écoulement; on peut supposer alors que l'instrument agit comme irritant et favorise la pénétration dans la muqueuse de quelques-uns des microbes qui existent normalement à la surface de l'urèthre.

Pour les uréthrites qui se produisent à la suite du passage de substances que renferme l'urine, Legrain propose deux explications :

Ou bien ces substances sont pyogènes par elles-mêmes, ce qui n'est guère probable, ou bien elles déterminent une irritation de la muqueuse qui favorise la pénétration des bactéries de la suppuration qui peuvent se trouver à la surface de l'urèthre. Dans un cas où il n'y avait pas eu de coït suspect depuis plus d'un mois, le pus renfermait en petite quantité des microcoques et des éléments bacillaires, les premiers pouvant être identifiés avec le *micrococcus albicans amplus* de Bumm.

Mentionnons l'uréthrite tuberculeuse et enfin les uréthrites qui peuvent se développer à la suite de fièvres graves, la fièvre typhoïde principalement, mis à part les cas où, chez un individu contractant en même temps une de ces fièvres et la blennorrhagie, cette dernière affection n'apparaît qu'au moment de la défervescence. Dans un cas où il s'agissait d'une uréthrite typhoïdique, M. Legrain n'a trouvé ni gonocoques, ni bacilles typhiques, mais le *microcoque blanc à colonies foliacées*, le *pyogenes aureus, etc.*

Une seule conclusion nous paraît ressortir clairement de toutes les recherches que nous venons de résumer, c'est que, pour la blennorrhagie comme pour bien d'autres affections, la découverte du microbe, loin de tout expliquer, n'a fait que nous forcer à reculer le cercle de nos investigations.

P. Rodait.

## BIBLIOTHÈQUE

Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Le premier fascicule des comptes rendus et mémoires de ce Congrès, publié sous la direction de M. le docteur L.-H. Petit, secrétaire général, vient de paraître à la librairie G. Masson. Ce fascicule de 480 pages, avec de nombreuses figures dans le texte, con-

tient les discours prononcés dans la séance d'ouverture et les travaux relatifs aux quatre questions principales posées et discutées au Congrès : 1° des dangers auxquels expose l'usage de la viande et du lait des animaux tuberculeux ; moyens de les prévenir — 2° des races humaines, des espèces animales et des milieux organiques envisagés au point de vue de leur aptitude à la tuberculose ; — 3° voies d'introduction et de propagation du virus tuberculeux dans l'économie ; moyens prophylactiques ; — 4° diagnostic précoce de la tuberculose chez l'homme et chez les animaux.

Nous n'avons pas à insister ici sur ces travaux, qui ont été analysés dans l'*Union médicale* à la suite du Congrès, dans les numéros du mois d'août dernier. Nous nous contentons donc de signaler l'apparition de cette publication, dont l'intérêt est assez considérable par lui-même pour qu'elle n'ait pas besoin d'autre recommandation. — Dr Ph. L.

LE PARADOXE. Essai sur les excentricités de l'esprit humain dans tous les siècles. Albert Savine, éditeur. Paris, rue Drouot, 18.

M. Frédéric Loliée, qui avait su, dans *Nos Gens de Lettres*, nous donner une étude si philosophique, si savante et si richement documentée, offre aujourd'hui à tous les fins dilettantes des choses de l'esprit un régal délicieux, œuvre à la fois profonde et fantaisiste d'une plume attique et gracieuse : *Le Paradoxe*, essai sur les excentricités de l'esprit humain dans tous les siècles. Les délicats, les lettrés voudront connaître ces fleurs et fruits d'une érudition immense. Egarez-vous à la suite de l'auteur dans le labyrinthe infini des sophismes, des paradoxes, des outrances et des folies de l'intelligence, et n'ayez crainte de vous y perdre. Un bon sens élevé qu'éclaire et féconde l'esprit de discernement et de synthèse lui a mis en main le fil d'Ariane ; votre longue promenade vous paraîtra courte, et vous vous écrierez : déjà ! Les méandres du paradoxe n'auront plus de secrets pour vous, vous pourrez désormais vous y promener seul, vous ne vous y fourvoierez pas. Vous en aurez sous les yeux un plan aussi clair que celui d'une ville bien connue, une classification lucide en sera faite, et ce ne sera pas un petit étonnement pour vous que d'avoir compris l'incompréhensible et commenté la confusion. Mille citations curieuses, mille réflexions ingénieuses émaillent ce volume elzévirien, dont la lecture est rendue plus attrayante encore par une exécution typographique exceptionnellement soignée.

TRAITÉ D'HISTOLOGIE PRATIQUE, par J. RENAUT. — Tome Ier, fascicule 1 : *Le milieu intérieur et le tissu conjonctif lâche et modelé*. — Paris, Lecrosnier et Babé, 1889.

Voici encore un livre qui fera le plus grand honneur à l'école de Lyon, si riche en maîtres éminents. L'ouvrage essentiellement didactique est aussi pratique, en ce sens que l'auteur indique brièvement la manière de vérifier chacune de ses affirmations.

Nous remarquerons surtout, dans ce premier fascicule, les pages consacrées à l'étude du sang, à sa morphologie, à la genèse des globules. Riches en applications médicales, elles devront être lues par tous les médecins.

De nombreuses gravures enrichissent l'ouvrage et, fait trop rare, elles sont toutes personnelles et empruntées à la collection des préparations de l'auteur. Enfin, de nombreuses indications bibliographiques achèvent de faire du livre de M. Renaut un véritable traité magistral. — P. C.

TRAITÉ PRATIQUE DE LA SYPHILIS, par le docteur LANGLEBERT. — Paris, Doin, 1888.

L'auteur a tenu, mettant à profit une expérience déjà ancienne, à faire avant tout un traité pratique dans lequel les questions doctrinales ne tiennent que la place strictement nécessaire.

Les chapitres consacrés à l'étude des syphilides, à tout ce qui dans l'évolution de la maladie peut être l'objet d'un diagnostic, sont au contraire très développés et seront de la plus grande utilité à tous ceux qui n'auront pu, dans le cours de leurs études, faire un stage dans un hôpital spécial. Le traitement est exposé avec tous les détails qui conviennent à l'importance du sujet. — P. N.

# REVUE DES JOURNAUX

**Cas de rougeole anormale au point de vue de la durée de l'incubation**, par Alf. Stocquart. (*Archives de méd. et de chir. pratiques;* Bruxelles.) — Il résulte de l'observation de l'auteur que la période d'incubation de la rougeole n'a pas toujours une durée de treize à quatorze jours; cette durée peut être beaucoup plus courte et se réduire, comme dans le cas présent, à trois jours au plus. L'invasion se déclara chez son malade le quatrième jour et ne dura que deux jours.

M. Stocquart insiste sur ce fait que la rougeole est la maladie contagieuse à laquelle on est le plus prédisposé. Généralement, chaque individu en est atteint au moins une fois dans sa vie. — P. N.

**Pleurésie aiguë; traitement par la caféine**, par le docteur F. Comby. (*France médicale*, 1889, 41.) — Sous l'influence d'une potion renfermant par jour 1 gr. 50 centigr. de caféine et 1 gr. 50 de benzoate de soude et que le malade prit pendant douze jours, la diurèse s'éleva beaucoup et la guérison survint en trois semaines. La caféine est un adjuvant précieux du régime lacté et c'est le diurétique le plus puissant et le plus sûr que l'on connaisse. A la dose de 2 grammes longtemps continuée, elle est parfaitement tolérée, à condition que le rein soit sain. Elle est toute-puissante à la période ultime des affections cardiaques, quand la digitale n'agit plus. Il faut toujours la prescrire à doses assez fortes (1 gr., 1 gr. 50 centig., 2 gr.). Les cas d'intolérance sont rares, le médicament s'élimine rapidement et ne s'accumule pas comme la digitale. M. Comby la regarde comme supérieure au convallaria, à la spartéine et à la strophantine. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 avril 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un rapport du docteur Marseille, médecin sanitaire de France à Zanzibar, sur les conditions de ce pays au point de vue sanitaire;

2° Un rapport sur une épidémie de rougeole et de scarlatine, par le docteur Delobel, de Noyon (Oise);

3° Une relation d'une épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi sur la garnison d'Angoulême en octobre 1888, par le docteur Lafforgue;

4° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations opérées au 2e régiment étranger en 1888-1889, par le docteur Bayard, de Saïda (Algérie);

5° Un pli cacheté du docteur Salomon, sur la vulgarisation et l'emploi sans danger du sublimé comme désinfectant.

— M. Dujardin-Beaumetz lit, au nom d'une commission, un rapport sur la dénomination des nouveaux médicaments.

A l'unanimité moins une voix, l'Académie adopte les conclusions suivantes :

1° Conformément à la doctrine qui sépare la question scientifique de la question commerciale, le médecin peut, dans ses ordonnances, prescrire le médicament sous son nom vulgaire, et le pharmacien peut le fournir et le désigner sur ses registres sous la synonymie scientifique;

2° L'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de reviser la législation de la pharmacie.

En fait, le médecin quand il prescrit un médicament peut employer la dénomination vulgaire de ce médicament, sans se servir de son nom chimique; le pharmacien, au contraire, peut utiliser la substance soit sous son nom vulgaire, soit sous le nom qui lui est attribué par la chimie. Dans le premier cas, il devra s'adresser au fabricant qui

possède le monopole de ce nom vulgaire; dans le second cas, il peut s'adresser à n'importe quel marchand de produits chimiques.

— M. Jules Bœckel (de Strasbourg) fait une communication sur le traitement des abcès du sein. « Jusqu'à ce jour, dit-il, il ne semble pas que l'on ait rien tenté pour empêcher la répétition des abcès du sein.

En dehors des incisions, des débridements, je ne sache pas qu'on ait cherché à les guérir radicalement.

Pourquoi ne pratiquerait-on pas l'évidement de la glande, tout comme on fait l'évidement d'un os atteint d'ostéo-myélite?

La méthode antiseptique nous autorise à agir ainsi aujourd'hui.

J'ai appliqué cette méthode, non encore décrite, à une femme de 40 ans, atteinte depuis quinze jours d'un abcès volumineux et profond du sein.

Après avoir fait une incision de 18 centimètres, j'ai enlevé avec le bistouri plusieurs tranches du sein en voie de suppuration, et je ne me suis arrêté qu'au niveau des tissus sains.

J'ai, ensuite, réuni *hermétiquement* la plaie bien désinfectée sans y placer de drainage. J'ai adopté systématiquement cette pratique depuis quelque temps, et je la crois applicable à la suite des opérations graves les plus variées, quel qu'en soit le siège, comme le prouvent 33 cas récents de résection du genou, d'amputation du sein, de membres, de kélotomie, de castration, etc.

Chez la malade qui fait l'objet de cette note, la guérison a été complète le huitième jour; elle a pu quitter l'hôpital le douzième.

Ainsi donc la présence du lait, cet agent si favorable à la multiplication des microbes, n'a pas empêché la réunion sans suppuration.

J'estime que la méthode que je viens de préconiser doit remplacer les anciennes méthodes thérapeutiques qui sont incertaines, plus longues, dangereuses même parfois, et qui ne répondent plus aux exigences de la chirurgie moderne. »

— M. Trasbot continue la discussion sur le tétanos. Ni la clinique ni l'expérimentation ne lui permettent d'admettre l'origine équine de la maladie. L'homme, comme les autres animaux, peut trouver le germe de la maladie dans le milieu où il vit et être atteint comme eux quand surviennent des refroidissements, blessures, etc. M. Trasbot n'admet pas que le tétanos soit contagieux, bien que l'inoculation expérimentale soit réelle.

Sur une cinquantaine de cas qu'il a recueillis chez le cheval, dans vingt et un il a été impossible de trouver un traumatisme; il isole maintenant les malades pour éviter qu'ils ne soient excités par les mouvement de l'écurie; mais, quand il ne les isolait pas, il n'a jamais vu de contagion.

Sur les 50 observations, 6 seulement se rapportent à des animaux ayant pris la maladie dans l'hôpital après une opération, et, pendant ce temps, 34,000 chevaux ont été opérés. La contagion est donc au moins fort rare.

Depuis vingt-six ans que M. Trasbot est à Alfort, il n'a jamais vu un élève contracter la maladie.

On ne peut, à son avis, baser une mesure législative sur une simple hypothèse.

M. Laborde fait remarquer que le tétanos, l'origine microbienne étant supposée démontrée, ne ressortirait par seulement à cette cause. Il dépend, en effet, souvent de conditions physiques et mécaniques, telles que la lésion d'un nerf, par exemple. Dans cette classe on pourrait ranger les tétanos par traumatisme accidentel, tandis que ceux d'origine microbienne entreraient dans ceux causés par des intoxications chimiques que l'on peut comparer au strychnisme; dans ce dernier cas, ou le poison agirait par action réflexe restant à la porte d'entrée, ou il se diffuserait dans l'organisme.

De ces diverses considérations, il résulte que l'origine microbienne du tétanos ne saurait être seule et exclusivement invoquée, à supposer même que son intervention et son rôle soient définitivement démontrés.

D'après M. Lagneau, la moyenne annuelle des morts par tétanos dans le département de la Seine atteint le chiffre de 34.

A Paris même il est fort rare, et les tétaniques les plus nombreux se trouvent dans la banlieue, au Nord et à l'Est.

— M. Reynier fait une communication sur les *plans bi-inclinés et le décubitus dans le traitement de la scoliose commune.*

— M. Rodet lit un mémoire sur l'*action des eaux de Vittel dans la nutrition.*

L'élection de deux correspondants étrangers (1re division) a donné les résultats suivants :

Première élection. Nombre des votants, 55; majorité absolue, 28. Ont obtenu : MM. Warlomont (de Bruxelles), 47 voix (élu); Semmola (de Naples), 7 voix; Bulletin blanc, 1 voix.

Deuxième élection. Nombre des votants, 46; majorité absolue, 24. A obtenu ; M. Semmola (de Naples), 46 voix (élu).

## Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois d'avril 1889.

1er et 2 avril. — Pas de thèses.

Mercredi 3. — M. Racoviceano : Des indications et des ressources opératoires dans les rétro-déviations chroniques de l'utérus. (Président, M. Trélat.) — M. Edde : Avicenne et la médecine arabe. (Président, M. Potain.)

Jeudi 4. — M. Léonet : Mécanisme du dégagement des épaules dans les présentations du sommet. (Président, M. Tarnier.) — M. Jasériski : Des injections intra-utérines dans les suites de couche. (Président, M. Tarnier.) — M. Caron : Cancer du pancréas. (Président, M. Brouardel.) — M. Vanhoutte : De la mélanose du globe oculaire. (Président, M. Panas.)

Du vendredi 5 au mardi 9. — Pas de thèses.

Mercredi 10. — M. Carlier : Doigt à ressort. (Président, M. Guyon.) — M. Le Cuziat : Du traitement du rein mobile douloureux; de la néphrorraphie expérimentale. (Président, M. Guyon.) — M. Barbezieux : Contribution à l'étude de l'hydramnios. (Président, M. Hayem.) — M. Croosne : Essai sur l'urticaire interne. (Président, M. Potain.) — M. Vinant : Valeur de la gastrotomie dans le cancer de l'œsophage. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 11. — M. Gilles : Considérations médico-légales sur quelques observations d'avortement. (President, M. Brouardel.) — M. Onimus : De l'action de la lumière sur les microbes. (Président, M. Proust.) — M. Behague : Etude sur les paralysies alcooliques. (Président, M. Laboulbène.) — M. Peraine : Des endométrites infectieuses, rôle des micro-organismes dans la pathogénie des maladies des femmes. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Dubois : Causes de la mort pendant l'opération de la trachéotomie. (Président, M. Peter ) — M. Dorez : La jalousie morbide. (Président, M. Ball.) — M. Provost : Etude sur les vomissements au début de la fièvre typhoïde. (Président, M. Ball.) — M. André : Du traitement du prolapsus utérin par l'opération de Le Fort (Cloisonnement du vagin). Résultats immédiats. Conséquences éloignées. (Président, M. Le Fort.) — M. Fortin : Névrite périphérique traumatique. (Président, M. Panas.) — M. Soullier : Du cancer primitif du méat urinaire chez la femme. (Président, M. Panas.)

Du 12 au 30. — Pas de thèses.

## FORMULAIRE

Potion contre les vomissements incoercibles. — Blumensaudt.

Chlorhydrate de cocaïne.......................... 0 gr. 20 centigr.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de badiane | 10 | grammes. |
| Alcoolat de menthe | 10 | — |
| Hydrolat de tilleul | 140 | — |
| Sirop de cannelle | 30 | — |

F. s. a. une potion à prendre par cuillerées à dessert d'heure en heure, contre les vomissements incoercibles de la grossesse. — N. G.

## COURRIER

Témoignages de satisfaction aux médecins. — Le ministre de la guerre a accordé un témoignage de satisfaction pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement pendant de longues années les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à MM. les docteurs :

Saudermont(Vitry) — Thobois (Masnières) — Desprez (Pont-à-Narcq) — Caffeau (Aniches) — Moucher (Lieurey) — Chomeau-Dubuisson (Villers-Bocage) — Remoussin (Ouville-la-Rivière) — Jacquelin (Quincampoix) — Desmasures (La Délivrande) — Rident (Elbeuf) — Rigot (Craon) Eltchaninoff (Saint-Calais) — Gierszinski (Ouarville) — Pagès (La-Roche-Gaudon) — Goupil des Pallières (Sergines) — Michalski (Charny) — Guyon (Vaire-le-Grand) — Houdart (Pontarlier) — Causard (Bourbonne-les-Bains) — Flamarion (Nogent-le-Roi) — Grisez (La Chapelle) — Daviot (Saint-Leger-sur-Dheune) — Paillard (Varzy) — Bonnet (Lignières) — Gagey (Pouilly-en-Auxois) — Le Coniat (Paimpol) — Le Feuvrié (Merdrignac) — Cailleteau (Saint-Philibert-de-Grandlieu) — Poirier (Saint-Mars-la-Jaille) — Gascou (Redon) — Duportal (Ruffec) — Olier (Espalion) — Fabre (Graissessac) — Malabouche (Gignac) — Ducassé (Lectoure) — Couyba (Sainte-Livrade) — Dheur (Mas-d'Agenais) — Donnezan (Mazères) — Chabrely (La Bastide) — Darrieux (Saint-Jean-Pied-de-Port) — Girandier (Castelnau) — Auboin (Saint-Genis) — Pastureau (Monségur) — Beynet (Lourmel) — Millet (Montmorency) — Desfossey (Taverny) — Delaunay (Rosny-sous-Bois) — Guéneau (Levallois-Perret) — Marcel (Épinay) — Aubry (Saint-Louis) — Nesty (Guadeloupe).

Congrès international de médecine mentale. — La société médico-psychologique a décidé, dans sa séance du 29 octobre 1888, l'organisation d'un Congrès international de médecine mentale qui se tiendra à Paris du 5 au 10 août 1889. Le Congrès se compose de membres fondateurs et de membres adhérents, nationaux et étrangers. Sont membres fondateurs : les membres titulaires et honoraires de la Société médico-psychologique, dont la souscription est fixée à vingt-cinq francs. Sont membres adhérents : les médecins, les directeurs des asiles de France et de l'étranger, toute personne s'intéressant aux questions relatives à l'aliénation mentale. La souscription des membres adhérents nationaux et des membres adhérents étrangers est fixée à vingt francs.

Le Comité appelle plus particulièrement l'attention sur les trois questions principales qui seront soumises aux discussions du Congrès.

*Questions posées par le comité d'organisation.*

I. Pathologie mentale. — Obsessions avec conscience (intellectuelles, émotives et instinctives). — Rapporteur, M. J. Falret.

II. Législation. — Législation comparée sur le placement des aliénés dans les établissements spéciaux, publics et privés. — Rapporteur, M. B. Ball.

III. Médecine légale. — De la responsabilité des alcoolisés. — Rapporteur, M. Motet.

Trois excursions scientifiques seront faites pendant la durée du Congrès :

1° A l'asile Sainte-Anne, à Paris ;

2° A l'asile de Villejuif ;

3° A l'hospice de Bicêtre, dans le service des idiots et épileptiques de M. le docteur Bourneville.

Association Lagoguey a Toulouse. — L'Association médicale mutuelle en cas de maladie

entre médecins de la Haute-Garonne, quoique nouvellement fondée, est en pleine voie de prospérité. Cette Association est ainsi constituée : MM. le docteur Palenc, président; Sicardon, Rénu, vice-présidents; Guilhem, secrétaire; E. Noyères, trésorier. Trente adhésions obtenues d'emblée permettent le fonctionnement immédiat de cette œuvre utile.

(*Gazette des hôpitaux de Toulouse*, 13 avril 1889).

Les vaccinations et les revaccinations dans l'armée. — Une note ministérielle en date du 20 novembre 1888, relative aux vaccinations et revaccinations dans l'armée, contient une innovation importante concernant l'obligation de vacciner ou de revacciner tous les hommes de la réserve, de l'armée territoriale, à la disposition, etc., à l'occasion des périodes d'exercice pendant lesquelles ils sont convoqués. — Pour laisser les hommes tout à leur instruction militaire, on s'est avisé d'un moyen bien simple, c'est de les vacciner la veille du jour ou le jour même de leur renvoi dans leurs foyers.

Cette innovation trouve sa justification dans ce fait signalé par M. le médecin-inspecteur Vallin que les réservistes et les territoriaux donnent à eux seuls à peu près tout le contingent de morbidité et de mortalité par variole dans l'armée, et l'on ne pouvait songer sans une grosse inquiétude au chiffre colossal de varioleux que l'on aurait de ce chef au moment d'une mobilisation générale. Pendant le siège de Paris, la variole a privé l'armée de plus de cinq mille combattants. Aujourd'hui, grâce à la nouvelle disposition adoptée, non seulement notre armée bénéficiera de l'immunité contre cette maladie, évitable entre toutes, mais encore on aura fait un grand pas dans la généralisation des vaccinations et revaccinations, à défaut de l'obligation légale.

Le vaccin généralement employé sera le vaccin animal qui sera fourni par cinq centres vaccinogènes institués au Val-de-Grâce et dans les hôpitaux militaires du camp de Châlons, de Bordeaux, d'Alger et de Philippeville.

(*Revue d'hyg. et de police san.*, 20 mars 1889.)

— M. le docteur Luys reprendra son cours à la Charité le jeudi 9 mai, à dix heures, à l'amphitéâtre du 1er étage.

Ce cours aura pour objet les maladies du système nerveux et les applications de l'hypnotisme à la thérapeutique.

Les personnes qui désirent y assister ne seront admises que sur la présentation d'une carte d'entrée, on est prié de s'inscrire chez le concierge.

Nécrologie. — M. le docteur Charles Labbé, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1876), ancien aide d'anatomie de la Faculté, décédé, le 22 avril 1889, à l'âge de 37 ans, rue Boileau, 12, à Auteuil. — M. Henry Louis de Gastel, docteur en médecine, ancien interne des hôpitaux de Paris (promotion 1879), décédé subitement le 22 avril 1889, à l'âge de 33 ans. — M. le docteur Rouquette, médecin chef de l'hôpital civil de Bône. — M. le docteur Poirier, médecin à Reims, décédé à l'âge de 46 ans. — M. le docteur Fabre (de Baye). — M. le docteur Descôtes (de Beaujon). — M. le docteur Moulin (de Bourg-l'Argental).



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Quel rôle la rétention d'urine joue-t-elle dans l'invasion de l'appareil urinaire par les microbes pathogènes? Telle est l'étude dont M. le professeur Guyon, avec sa compétence toute particulière, a communiqué les résultats à l'Académie des sciences. L'appareil urinaire non distendu préalablement ne cultive pas les microbes injectés, qui sont chassés par l'urine; la rétention d'urine prédispose l'appareil urinaire à l'invasion des microbes en distendant outre mesure la vessie, les uretères, les bassinets, et en congestionnant les reins; dans ces conditions, l'urine reste normale jusqu'au jour où les microbes sont introduits dans la vessie à la faveur d'un cathétérisme avec un instrument septique. Ces points ont été mis hors de doute par les expériences de M. Guyon. La rétention d'urine provoquée de différentes manières chez les animaux n'a pu produire seule l'infection; c'est seulement lorsque des cultures septiques ont été injectées que les microbes ont pu être retrouvés dans l'appareil urinaire. Donc la distension, en l'absence d'autre lésion locale, est nécessaire pour que les microbes injectés dans l'appareil urinaire puissent y proliférer et, d'autre part, l'injection des microbes dans l'appareil urinaire dilaté est nécessaire pour que l'infection

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Le *microbisme latent,* adopté chaudement par les uns, nié par d'autres, tourné en plaisanterie par d'autres encore, fait tout doucement son chemin, et, dans dix ans, comme tant d'autres choses vraies, il sera si bien passé dans les us et coutumes de la médecine qu'on croira qu'il a toujours été connu et qu'on ne saura même plus qui en a parlé le premier.

Vous savez de quoi il s'agit : des microbes séjournent depuis plus ou moins longtemps dans ou sur notre individu, dans le nez, la bouche, le pharynx, etc.; ils y restent inoffensifs pendant longtemps, jusqu'au jour où une effraction de l'épiderme ou de l'épithélium leur livre passage dans nos tissus; alors ils prolifèrent et causent différentes maladies : l'érysipèle, la pneumonie, la tuberculose, peut-être le tétanos, etc.

Voici maintenant que la blennorrhagie rentre dans le cadre de ces affections. M. le professeur Straus vient en effet de démontrer qu'un jeune garçon pouvait contracter la blennorrhagie sans avoir eu le moindre rapport avec une femme, par le seul fait de s'être livré avec trop de violence à la masturbation. Cela à l'air d'un comble, et à côté de la fameuse recette de Ricord pour attraper la chaudepisse, et qui demande une cer-

puisse avoir lieu. Comme conséquence pratique, il convient d'éviter la rétention de l'urine par le cathétérisme, et l'infection par une antisepsie locale rigoureuse.

— M. Bourgoin, qui avait demandé à l'Académie de médecine de donner à l'antipyrine le nom d'analgésine, n'a pu obtenir gain de cause devant la commission. Celle-ci a pensé que, pour éviter toute confusion, il valait mieux laisser au produit que désigne l'antipyrine ce nom, déjà consacré par l'usage. Mais cette possibilité de confusion n'existe pas malheureusement que pour une seule substance; aussi l'Académie a-t-elle cru devoir appeler l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité de reviser la législation sur la pharmacie.

— Le drainage après les opérations aurait-il vécu, et serait-il une erreur chirurgicale, comme M. Jules Bœckel le soutient? A l'Académie de médecine, où la discussion ne pouvait avoir lieu, nul n'a contredit le jeune et déjà si expérimenté chirurgien de Strasbourg; mais il n'en a pu être de même le lendemain à la Société de chirurgie, où MM. Segond, Reclus, Ollier, Quénu, Marc Sée, etc., tout en admirant les beaux résultats obtenus par M. J. Bœckel à la suite d'opérations diverses, pansées hermétiquement, sans drainage, ont cru devoir revendiquer pour cet élément du pansement antiseptique le droit de rester, comme nécessaire, dans un certain nombre de cas.

— La discussion sur le tétanos continue à l'Académie. M. Trasbot n'admet pas l'origine équine, et la contagion, dont il ne connaît pas d'exemple, lui semble devoir être infiniment rare. M. Laborde pense que l'origine du tétanos est multiple, qu'elle comporte plusieurs éléments, et M. Lagneau, que les données statistiques fournies par le département de la Seine paraissent prouver contre l'origine équine dans certains quartiers, bien que, dans d'autres, la fréquence du tétanos équin coïncide avec celle du tétanos humain.

L'Académie s'est associé comme correspondants étrangers deux savants

---

taine mise de fonds, on va pouvoir en édicter une autre, bien plus à la portée de tout le monde, car elle ne coûte pas un sou.

Voici le fait : Un jeune homme de 16 ans, frêle et peu développé, se livre depuis plusieurs années à des manœuvres solitaires ; deux jours après un excès de manœuvres de ce genre, il ressent, en urinant, une sensation de brûlure dans le canal, suivie bientôt d'un écoulement purulent. Six jours après, il entre à l'hôpital, et l'on constate tous les phénomènes de la blennorrhagie aiguë franche. Le jeune malade, interrogé avec insistance, affirme, sans varier, n'avoir jamais eu de rapports sexuels avec une femme; il ne connaît des plaisirs vénériens que ceux qu'il se procurait lui-même. Or, il faut reconnaître qu'il n'avait guère intérêt à mentir.

Dans ces conditions, il était intéressant de rechercher si le pus uréthral contiendrait des gonocoques de Neisser, considérés aujourd'hui comme les agents spécifiques de la blennorrhagie. A cet effet, M. Straus pratiqua à plusieurs reprises, à plusieurs jours d'intervalle, l'examen bactériologique du pus s'écoulant par l'orifice de l'urèthre. L'examen fut concluant; comparées avec les préparations de pus provenant d'un malade atteint d'une blennorrhagie vulgaire, les préparations du pus du jeune malade étaient absolument identiques.

Si l'on peut ajouter foi au récit du malade, dit M. Straus dans les *Archives de médecine expérimentale*, le fait d'avoir trouvé des gonocoques dans le pus d'une blennorrhagie contractée en dehors de toute contagion aurait une importance considérable.

Au point de vue clinique, il trancherait le débat pendant depuis si longtemps au sujet

qui ont rallié la presque unanimité des suffrages, et qui sont depuis longtemps bien connus de nos lecteurs : MM. Warlomont (de Bruxelles) et Semmola (de Naples). Tout le monde ratifiera ces choix. — L.-H. P.

---

**Note sur les conditions de réceptivité de l'appareil urinaire à l'invasion microbienne.**

Communication à l'Académie des sciences le 29 avril 1889,

Par le professeur GUYON.

L'intervention des micro-organismes dans les modifications pathologiques des urines, depuis longtemps démontrée par M. Pasteur, paraît avoir un rôle non moins décisif dans la production des accidents auxquels succombent les malades atteints d'affection des voies urinaires.

Il est intéressant de rechercher dans quelles conditions s'exerce cette influence. La clinique et l'expérimentation fournissent des résultats qui sont en parfaite concordance. L'observation montre chaque jour des différences considérables dans l'aptitude pour l'infection ; l'expérimentation les confirme. Cette aptitude dépend de conditions multiples. Les différentes parties de l'appareil urinaire ne subissent l'infection qu'à la suite d'une appropriation préalable qui les met en état de réceptivité.

La rétention d'urine, les lésions traumatiques ou spontanées de l'urèthre, de la vessie, des uretères et des reins, en d'autres termes tout ce qui modifie la nutrition et le fonctionnement normal de ces organes, fournissent les conditions voulues pour cette appropriation.

A ces conditions intrinsèques d'ordre pathologique qui créent la prédisposition morbide, s'ajoute nécessairement l'action différente des diverses variétés de micro-organismes.

Chacune de ces conditions réclame des recherches que je continue à poursuivre.

---

de la blennorrhagie, en donnant raison aux médecins qui pensent que cette affection peut être contractée en dehors de toute contagion et par le fait d'une irritation trop considérable du canal de l'urèthre.

Sur le terrain de la pathologie générale, ce fait prouverait que le gonocoque de Neisser peut exister comme hôte inoffensif dans le canal de l'urèthre sain, et qu'il peut, dans ces conditions, envahir l'épithélium et donner lieu à une blennorrhagie sous l'influence d'irritations banales.

Il en serait de quelques blennorrhagies comme de quelques pneumonies qui évoluent à la suite de l'envahissement du poumon par la pneumo-bactérie de Fraenkel, laquelle peut se rencontrer dans la salive des sujets sains, prête à jouer son rôle pathogène lorsqu'une cause occasionnelle a diminué la résistance des organes respiratoires au parasitisme infectieux.

Resterait à démontrer que l'urèthre sain est le séjour des gonocoques inoffensifs qui, comme tant de macrobes, ne deviennent méchants que quand on les irrite.

La démonstration n'est pas impossible, quoique difficile. La première difficulté consiste à trouver un urèthre sain chez un adulte, sans vouloir insinuer que tous les adultes, comme disait un médecin militaire, ont eu, ont ou auront la blennorrhagie. L'urèthre sain trouvé, il resterait à l'irriter, aussi antiseptiquement que possible, afin d'avoir du pus et de pouvoir l'examiner à l'abri de toute contamination gonococcienne. Je sais bien que, dans le monde des étudiants où l'on a trouvé des sujets qui se sont courageusement prêtés à l'inoculation de la syphilis, de la diphthérie et d'autres ma-

Je me borne aujourd'hui à indiquer les résultats que m'a donnés l'étude du rôle pathogénique de la rétention d'urine. Les notions positives qu'elle fournit permettent de poser dans leur généralité les termes principaux de la question.

On sait que nombre de malades se sondent ou sont sondés dans les conditions les mieux faites pour permettre l'inoculation. Souvent il n'en résulte aucun accident apparent; chez beaucoup, de longues années se passent sans autres inconvénients que ceux d'une inoculation localisée à la vessie. Chez d'autres, l'infection rapide de l'appareil urinaire tout entier est la conséquence prochaine, presque immédiate dans bien des cas, d'un cathétérisme pratiqué sans précautions antiseptiques.

La forme de rétention que j'ai décrite autrefois sous la dénomination de rétention d'urine incomplète avec distension fournit au plus haut degré les conditions de réceptivité que je viens d'indiquer.

Dans ces cas, que l'étude clinique n'avait pas séparés du groupe nombreux des rétentions, j'ai fait voir quelle pouvait être l'influence de la tension de la vessie sur l'état anatomique et fonctionnel des reins et à quel degré les troubles qui en résultent retentissent sur l'appareil digestif. Ces malades qui ont la vessie distendue à l'extrême rendent cependant une quantité exagérée d'urine, leur nutrition se trouble profondément, ils prennent à un degré plus ou moins grand l'aspect que déterminent les lésions organiques. Ils offrent les caractères de cet état complexe que j'appelle cachexie urinaire ou, du moins, de l'une de ces formes, de la forme non septique.

Dans ces cas, en effet, l'évolution morbide s'accomplit à l'état aseptique. Malgré la gravité, malgré la complexité des lésions, malgré la longue durée, les urines sont d'une limpidité parfaite; elles ne contiennent aucun microorganisme, elles ne cultivent pas; le malade est apyrétique.

Qu'une intervention soit jugée nécessaire, que le cathétérisme soit fait sans les précautions rigoureuses qui empêchent l'introduction des germes,

---

ladies plus dangereuses que la blennorrhagie, il s'en présenterait encore quelques-uns pour faire progresser la science dans la nouvelle voie indiquée par M. Straus; mais c'est justement dans cette intéressante catégorie de la jeunesse que les urèthres sains ont été de tout temps assez rares. Mais enfin tout est possible, nous espérons donc que cette importante question scientifique pourra être tranchée avant peu, et que l'élément principal à la démonstration ne fera pas défaut.

***

Dans une étude sur les médecins chinois qu'il a communiquée récemment à la Société des traditions populaires, M. le général Tcheng-Ki-Tong, le plus Français et le plus Parisien des Chinois — il connaît même l'argot des cochers, au point de les appeler *Collignon* — a raconté quelques anecdotes assez piquantes. Il paraît qu'en Chine, comme en Europe, on se moque des médecins quand on en trouve l'occasion.

Donc, un des médecins avait fait répandre l'avis qu'il possédait un remède infaillible pour redresser les bossus; grande émotion dans le public des infortunés affligés de cette infirmité.

L'un d'eux, affecté d'une extraordinaire gibbosité, ne put résister au désir d'essayer le traitement. Il se rendit chez le praticien et lui demanda si, vraiment, il pouvait redresser sa bosse.

— « J'en réponds, » répliqua laconiquement celui-ci.

la suppuration s'établit du jour au lendemain, s'étend rapidement à tout l'arbre urinaire, la vie est gravement menacée; il y a souvent élévation de la température.

Les conditions présentées par ces malades peuvent se résumer ainsi : stase de l'urine, troubles de la nutrition locale et de la nutrition générale.

Stase de l'urine dans la vessie qui se débarrasse seulement de son trop-plein, stase dans les uretères dont l'irrigation continue de l'état normal est arrêtée par l'énorme distension de la vessie, stase dans les réservoirs et jusque dans les canalicules excréteurs du rein, eux aussi envahis par la dilatation pathologique de tout l'appareil.

Troubles de la nutrition locale dus aux lésions interstitielles, à l'artério-sclérose et au ralentissement de la circulation qui entretient un état congestif permanent. Troubles généraux dus à la perturbation des actes digestifs.

L'état pathologique, indépendamment des lésions qu'il provoque, a donc créé un milieu stable qui par cela même favorise la culture, culture que pourra rendre particulièrement active l'exhalation sanguine provoquée par l'abaissement trop subit de la tension, lorsque l'évacuation artificielle n'est pas conduite suivant des règles précises.

Tout est donc prêt alors pour que la multiplication de l'agent infectieux s'accomplisse, tout assure la propagation aux uretères et aux reins.

Dans la rétention aiguë complète, l'urgente nécessité de l'intervention modifie grandement les conditions de réceptivité. Elle varie néanmoins suivant ses variétés. La rétention des rétrécis ne saurait être comparée à celle des prostatiques. Les premiers sont des sujets jeunes à vessie fortement musclée; les seconds sont plus ou moins âgés, toujours athéromateux, leurs tissus sous le coup de troubles de la nutrition. Chez les uns et les autres cependant, à moins de lésions surajoutées, de traumatismes, par exemple, l'infection, lorsqu'elle se produit, se localise d'abord à la vessie. Il est fort rare qu'elle soit durable chez les rétrécis. La stase de l'urine a

---

Le bossu se résolut alors à tenter l'aventure : on fit coucher le patient sur une longue et large planche, puis on lui appliqua sur le ventre une planche pareille, qu'on chargea de gros poids et de pierres très lourdes. Le résultat, on le devine? Le bossu, après quelques minutes de cette épreuve, se trouva aplati, parfaitement redressé, mais aussi parfaitement — mort.

La famille, indignée, intenta un procès au charlatan.

— « De quoi vous plaignez vous, s'écria celui-ci, n'ai-je pas tenu ma parole ? J'ai promis de redresser les bossus. J'ai redressé le vôtre. Mais jamais je n'ai dit que je garantissais la vie du sujet. Donc, payez-moi mes honoraires ».

Mais il est encore joliment en retard sur bien d'autres charlatans d'Europe, ce Chinois; pour éviter toute contestation post-opératoire, que ne se faisait-il payer d'avance?

L'autre historiette est plus essentiellement chinoise. Il faut savoir que là-bas, la distinction entre médecins et chirurgiens est très nettement établie; ceux-ci sont appelés « médecins extérieurs », ceux là portent le nom de médecins « intérieurs ».

Un riche négociant avait été blessé d'un coup de flèche. La douleur lui arrachait des cris atroces. On courut chercher le premier chirurgien de la ville, qui arriva d'un air solennel et, plus malin que le charlatan précité, commença par exiger des honoraires extrordinairement élevés et payés d'avance.

Le négociant marchanda bien un peu, mais le mal que lui faisait la flèche, toujours prise dans la blessure, l'engageait avec une éloquence irrésistible à céder au plus vite. I s'exécuta donc.

bientôt complètement cessé. Aussi voit-on, par exemple, l'état ammoniacal le plus prononcé, des accidents fébriles graves disparaître d'eux-mêmes, par le seul fait du rétablissement intégral de la miction. Chez les prostatiques, l'inoculation de la vessie persiste habituellement, mais elle ne s'étend que plus ou moins tardivement aux uretères et aux reins. Elle en prend d'autant moins possession que l'évacuation artificielle sera mieux assurée.

Le rôle de la rétention qu'affirme la clinique est également démontré par l'expérimentation.

J'ai introduit dans la vessie du lapin et du cobaye des cultures pures de microbes pathogènes pour les animaux et pour l'homme, staphylococcus aureus, streptococcus pyogenes, bactérie septique de Clado, étudiée par Albarran et Hallé sous le nom de bacterium pyogenes. Vingt-quatre ou trente-six heures après l'inoculation, on ne retrouvait plus dans les urines les microbes injectés, et chez les animaux sacrifiés la vessie et tout l'appareil urinaire étaient indemnes de lésions.

Pour arriver à ce que la vessie reste habitée pendant quelques jours, et pour obtenir un léger degré de cystite, il faut employer des doses massives d'organismes très virulents (1 centimètre cube et demi de culture sur bouillon chaque fois). Il faut les répéter à plusieurs reprises et même alors les organismes ne dépassent pas la vessie, les voies urinaires supérieures restent indemnes.

Dans une autre série d'expériences, j'ai déterminé chez le lapin et le cobaye des rétentions simples par ligature de la verge. Les animaux sont morts spontanément par rupture de la vessie ou ont été sacrifiés de vingt-quatre à trente-six heures après la ligature. On observe la tension de la vessie, de très riches arborisations vésicales, quelques ecchymoses, la dilatation des uretères et leur tension, la congestion rénale surtout marquée au niveau de la voûte suspyramidale. A l'examen bactériologique, on ne trouve, par les procédés de culture, aucun micro-organisme.

En injectant des cultures de microbes pyogènes, en même temps qu'on

---

Le chirurgien s'empressa d'empocher l'argent, puis il s'approcha du blessé, prit une paire de grands ciseaux, coupa la flèche au ras de la peau, rengaina les ciseaux... et s'apprêta à partir.

— « Eh bien ! que faites-vous, demanda le blessé, qui n'était nullement soulagé, bien entendu, par cette inutile opération. La flèche est toujours dans mon corps ! Et le pansement?

— « Ah! mais, répondit le chirurgien, ce n'est pas mon affaire. Je suis médecin extérieur, j'ai fait mon office. Pour le reste, adressez-vous au médecin intérieur!

La troisième histoire, enfin, fait allusion aux victimes des médecins.

Un fonctionnaire était arrivé avec toute sa famille et une suite nombreuse dans une ville où il ne connaissait personne; il devait y attendre sa nomination à un poste plus élevé.

A peine était-il arrivé que sa femme tomba malade. Il envoya vite son domestique chercher le premier médecin de l'endroit. Le serviteur courut toute la journée, et vit tous les médecins, dont chacun se disait le premier de la ville. N'ayant pas grande expérience, le domestique ne pouvait juger quel était vraiment le meilleur. Il les invite donc tous à venir voir sa maîtresse, qu'aucun d'eux ne put guérir.

Le fonctionnaire dut alors recourir à un vieux notable, pour avoir l'adresse du prince de la science désiré.

— « C'est très simple, dit le vieillard, pour reconnaître le meilleur docteur du pays, vous n'avez qu'à compter les revenants accroupis devant son enseigne; le médecin le plus distingué en a toujours le plus grand nombre. »

pratique la ligature de la verge, on observe le gonflement œdémateux et le dépoli de la muqueuse, pour peu que le lien reste en place six à douze heures. Lorsque cette rétention est trop temporaire, l'expérience est négative. Si la ligature de la verge est prolongée pendant vingt-quatre heures, et mieux encore si elle reste en place jusqu'à la mort de l'animal, la cystite est constante. Dans deux expériences, les microbes injectés se trouvaient non seulement dans la vessie, mais jusque dans l'urine des bassinets.

L'ensemble de ces faits démontre que la rétention d'urine favorise l'infection de l'appareil urinaire en rendant effective l'inoculation microbienne. La réceptivité de cet appareil est en raison même du degré et de la durée de la rétention. Les lésions qu'elle détermine, aussi bien dans la forme aiguë que dans la forme lente, favorisent l'action des agents pathogènes, elles rendent plus durables et plus graves les effets de l'infection.

L'étude clinique et expérimentale de la rétention fournit encore une démonstration non moins importante. Elle prouve que l'infection reconnaît le plus ordinairement pour cause l'inoculation directe de la vessie par les instruments.

L'évolution aseptique des rétentions lentes abandonnées à elles-mêmes, l'infection fatale à la suite d'une intervention septique, la facilité avec laquelle l'état aseptique peut être maintenu en recourant uniquement à l'antisepsie chirurgicale, sont particulièrement démonstratives.

Chez ces malades à réaction si sensible, de même que dans l'état normal, l'urèthre ne livre pas passage aux germes; ils ne pénètrent dans la vessie que s'ils y sont directement introduits.

Pour le démontrer expérimentalement, j'ai déterminé la rétention d'urine en sectionnant la moelle chez deux lapins. L'un des animaux reçut dans la vessie une injection d'un demi-centimètre cube de culture sur bouillon du bacterium pyogenes; l'autre ne fut point injecté. Ces deux animaux sont morts après quarante et quarante-huit heures. Tous deux avaient la vessie

---

Quant au plus mauvais médecin, on sait depuis longtemps comment le reconnaître : c'est celui qui a le plus de lanternes pendues à sa porte, chaque lanterne représentant un client mort.

Pour terminer, voici un extrait du formulaire thérapeutique du Céleste Empire : c'est un remède chinois contre le croup. On prend sur les vieux murs sept nids de grosses araignées, dont deux au moins doivent contenir les araignées vivantes. On en fait une pâte à laquelle on ajoute deux grammes et demi d'alun dissous d'avance. On les réduit en cendre, après avoir bien mélangé, sur le feu; puis on laisse refroidir la cendre. Au moyen d'un petit tube de bambou, on souffle cette cendre dans la gorge du malade, qui se sent immédiatement débarrassé du mal qui l'étouffait!!!

Je ne vois pas ce que viennent faire la dedans les araignées, mais l'alun n'est pas plus mauvais qu'autre chose. SIMPLISSIME.

---

ÉLIXIR DENTIFRICE. — Constantin Paul.

| | |
|---|---|
| Saccharine | 6 grammes |
| Bicarbonate de soude | 4 — |
| Alcool à 40° | 100 — |
| Essence de menthe | 20 gouttes |
| Teinture de cochenille | q. s. |

F. s. a. — Quelques gouttes dans un verre d'eau, comme dentrifice antiseptique.

N. G.

énormément distendue; celui qui avait reçu l'injection microbienne avait de la cystite œdémateuse, les urines de l'autre étaient aseptiques.

C'est donc à l'antisepsie locale qu'il appartiendra presque toujours de mettre sûrement l'appareil urinaire à l'abri de l'infection. Mais c'est des lésions préexistant à l'introduction des germes et en particulier de la rétention d'urine que dépend la réceptivité.

---

**Note au sujet des rapports de la dilatation de l'estomac avec certaines affections médicales ou chirurgicales d'origine infectieuse.**

Par le docteur Dufaud, médecin-major.

Nous venons d'observer dans notre service d'hôpital un cas intéressant et qu'il nous a semblé utile de faire connaître juste au moment où la question des propathies vient d'être reprise par M. Bazy. (*Archives de médecine,* mars 1889.)

On convient généralement aujourd'hui que les maladies infectieuses ont besoin, pour se développer, de trouver un terrain convenablement préparé pour leur évolution. C'est en se fondant sur cette idée que le professeur Bouchard a pu écrire, il y a deux ans, dans son livre sur les auto-intoxications, qu'une modification préalable de la nutrition rendait seule possible l'infection, et il établissait d'après ces données ses quatre grands processus pathologiques.

Parmi les causes pouvant faciliter la pullulation de l'agent infectieux, il signale la dilatation de l'estomac, et il montre le lien étroit qui peut exister entre cette dernière et certaines maladies dérivant les unes, comme la chlorose ou les accidents nerveux hypochondriaques, d'un trouble nutritif, les autres, comme la tuberculose et la fièvre typhoïde, d'un agent infectieux. Mais, jusque-là, la question n'était pas sortie du domaine médical.

Dans une note présentée à l'Académie des sciences en mai 1888, M. le docteur Bazy signalait les rapports qui paraissent exister entre la dilatation gastrique et certaines affections chirurgicales, et il montrait l'influence que peut exercer cette dilatation sur la marche des lésions spontanées et chirurgicales.

Depuis cette époque, M. Bazy a poursuivi cette idée, et, s'appuyant sur des observations personnelles, il vient de publier dans le numéro de mars des *Archives générales de médecine* un article dans lequel il pose nettement la chose en principe. Il a trouvé la dilatation de l'estomac chez des malades qui, à propos d'une lésion tout d'abord bénigne en apparence, ont présenté des accidents septiques d'une extrême gravité, alors que les autres influences ordinairement incriminées comme le diabète, l'alcoolisme, l'albuminurie, etc., n'existaient pas.

Le hasard nous a fourni un cas qui vient juste corroborer cette manière de voir, cas complexe, puisqu'il embrasse des phénomènes d'ordre médical et d'autres d'ordre chirurgical, et qui semble, en vérité, avoir été préparé pour la cause.

Il s'agit d'un militaire du 54e de ligne, entré à l'hôpital le 20 janvier 1889 pour rougeole. Cet homme est placé, dès son entrée, dans un cabinet d'isolement. La rougeole était bénigne, l'éruption peu abondante, la réaction fébrile modérée, aucune compli-

cation. Il allait entrer en convalescence, lorsque le 27, sept jours après son arrivée à l'hôpital, il est pris de scarlatine.

Dans le cabinet qu'il occupait, un malade avait été soigné antérieurement pour une scarlatine, et en était sorti depuis une dizaine de jours. Après le départ de ce malade, le cabinet n'avait pas été désinfecté.

Il y aurait déjà dans ce fait une instruction bien précieuse au point de vue du mode de contagion de la scarlatine, et du temps probable au bout duquel cette contagion peut encore avoir lieu. Il y en aurait une autre non moins précieuse au point de vue de la durée de la période d'incubation de la scarlatine, la maladie ayant éclaté le septième jour après l'entrée de ce malade dans le cabinet; mais je suis obligé d'avouer qu'il existait dans la garnison et dans le bataillon même auquel appartenait notre militaire une épidémie de scarlatine, et rien ne prouve que cet homme ne portait pas déjà en lui les germes de la maladie lorsqu'il est entré à l'hôpital. La date de son arrivée dans le cabinet et le temps qu'il y a passé avant l'apparition de la scarlatine n'ont donc plus de valeur.

Bref, la scarlatine a été plus grave que la rougeole, et elle s'est compliquée très rapidement d'angine couenneuse. Les fausses membranes occupaient toute l'arrière-gorge et descendaient assez bas en arrière dans le pharynx. Elles étaient fort adhérentes et se reproduisaient avec une extrême rapidité.

Un jour elles prennent un aspect grisâtre, puis des plaques noires apparaissent sur certains points, l'haleine du malade devient fétide, d'une odeur gangréneuse, *sui generis;* c'est qu'en effet nous avions maintenant une angine gangréneuse. Des plaques de sphacèle se montrent sur les bords de la langue, à la pointe, sur les gencives et la face interne des joues. La luette et les amygdales ne sont que des eschares pendant à l'entrée de la gorge.

En même temps l'état général s'aggrave et la fièvre est intense; de petits frissons apparaissent régulièrement tous les soirs et dans la nuit. Des taches pétéchiales confluentes se montrent de chaque côté aux fesses et dans la région lombaire; deux abcès se forment au sacrum, un autre à la nuque; les ganglions du cou sont le siège d'une tuméfaction douloureuse considérable.

Tous ces désordres d'allure fort menaçante et qui me faisaient redouter que, d'un instant à l'autre, le malade ne m'échappât, tous ces désordres, dis-je, s'amendèrent peu à peu. Les eschares se limitèrent, se détachèrent et j'entrevoyais déjà les signes de la réparation; la suppuration des abcès avait de la tendance à diminuer, l'état général se relevait sensiblement, je commençais à avoir quelque espoir. Faut-il dire que j'ai épuisé tous les moyens antiseptiques possibles, *intus et extra,* depuis les badigeonnages de la bouche et de la gorge avec la solution phéniquée jusqu'à l'antisepsie intestinale par le naphtol ,et sans négliger les toniques, l'extrait de quinquina à haute dose et les stimulants de toute sorte.

Le 23 février, mon malheureux malade est pris d'un érysipèle de la face qui avait débuté par le nez et qui l'emporte en vingt-quatre heures. Tout cela avait duré trente-trois jours.

Ajoutons que, à différentes reprises, l'examen des urines a été pratiqué et n'a jamais révélé la présence ni du sucre ni de l'albumine.

A l'autopsie, nous trouvons une dilatation considérable de l'estomac. Le ventricule descendait à plus de trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

En présence de ce fait, et en s'appuyant sur ceux du même genre qui ont déjà été publiés, à quelles conclusions peut-on arriver?

C'est que d'abord le malade qui fait le sujet de cette observation a passé par une série d'infections, diverses quant à la forme, mais qui toutes peuvent être considérées comme d'origine microbienne; que ces infections sont allées en s'aggravant, la rougeole ayant été bénigne, la scarlatine plus grave, l'angine encore plus grave, ainsi que les accidents septicé-

miques et gangréneux, enfin l'érysipèle dépassant toutes les autres, puisqu'il a entraîné la mort ;

Ensuite, c'est qu'en l'absence de tout état général grave, tel que le diabète, l'albuminurie, que l'on ne manquerait pas d'incriminer d'avoir favorisé l'évolution d'accidents infectieux pareils, il est permis de soupçonner la dilatation de l'estomac.

C'est un fait à ajouter à ceux qui ont déjà été signalés par M. le professeur Bouchard, et qui tend à montrer l'influence que peut avoir la dilatation gastrique sur l'évolution de certaines maladies infectieuses ; dans l'espèce, notre dilaté se serait prêté à l'invasion de la rougeole et de la scarlatine, pour ne parler que des deux maladies qu'il a présentées d'ordre médical.

C'est aussi un fait à ajouter à ceux observés par M. le docteur Bazy en ce qui concerne l'influence qu'a pu avoir la dilatation de l'estomac chez notre malade sur le développement des accidents gangréneux, septiques, et enfin sur l'érysipèle que nous avons constatés chez lui. C'est à ce double titre que j'ai cru devoir publier cette observation.

Ajoutons, comme complément à l'histoire du malade, que la dilatation de l'estomac, constatée seulement à l'autopsie, aurait pu tout au moins être soupçonnée pendant la vie. Cet homme était un malingre, se présentant souvent à la consultation du médecin pour des indispositions de toute sorte, tantôt le manque d'appétit, de la courbature, des indigestions, de la faiblesse et une fatigue inexpliquée qui souvent a été prise pour de la paresse, tantôt pour des vertiges et une gêne persistante dans le creux épigastrique. Dans le courant de l'année 1888, au mois d'octobre, il avait eu une pleurésie. Sans vouloir tirer une conclusion nette de toutes ces indispositions, on ne s'avancerait guère en disant de lui qu'il était un prédisposé. N'est-ce pas là aussi le cas des dilatés?

## COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion de l'ouverture de l'Exposition universelle, *l'Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 7 mai.

— Par arrêtés ministériels, en date des 19 et 29 avril 1889, sont nommés membres du Comité d'organisation du congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre :

MM. les docteurs Bouloumié, Dubrisay, baron Larrey, Léon Le Fort, J. Rochard.

Congrès d'hygiène et de démographie. — Le Congrès international d'hygiène de Paris, provoqué par le Comité consultatif d'hygiène de France et par la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, se tiendra du 4 au 11 août 1889 à la Faculté de médecine.

Les travaux seront répartis en huit sections.

Section Ire : *Hygiène de l'enfance.* — Allaitement. — Protection et hygiène du premier âge. — Hygiène scolaire. — Surmenage, etc.

Section II : *Hygiène urbaine et rurale* — Construction et disposition des habitations privées et collectives. Chauffage. — Ventilation. — Canalisations souterraines. — Logements insalubres. — Constructions rurales. — Étables. — Fosses à fumier, etc.

Section III : *Bactériologie appliquée à l'hygiène.* — Maladies épidémiques et contagieuses, etc.

Section IV : *Hygiène industrielle et professionnelle.* — Enfance ouvrière. — Industries insalubres. — Maladies et accidents professionnels.

Section V : *Hygiène internationale et Police sanitaire.*

Section VI : *Hygiène alimentaire.* — Falsification. — Eau potable. — Filtrage, etc.

Section VII : *Démographie.* — Statistique sanitaire.

Section VIII : *Crémation.* — La section VIII continuera en quelque sorte un Congrès spécial présidé par le président de la Commission internationale de crémation, mais sous l'autorité du Comité d'organisation.

Indépendamment des communications faites par les membres du Congrès à titre privé, un certain nombre de questions ont été mises à l'ordre du jour par le Comité d'organisation; ces questions feront l'objet de rapports préliminaires, qui seront adressés à tous les membres qui auront fait acte d'adhésion et qui auront versé le montant de la cotisation fixé à 20 francs.

1. Mesures d'ordre législatif, administratif et médical prises dans les divers pays pour la protection de la santé et de la vie de la première enfance. — Rapporteurs : MM. le docteur Landouzy, médecin des hôpitaux, professeur agrégé à la Faculté de Paris; et le docteur H. Napias, inspecteu. général des services administratifs du Ministère de l'intérieur.

2. De l'enlèvement et de l'utilisation des détritus solides (fumiers, boues, gadoues, débris de cuisine, etc.) dans les villes et dans les campagnes. — Rapporteurs ; MM. du Mesnil, membre de la Commission des logements insalubres de la ville de Paris, secrétaire du Comité consultatif d'hygiène; et Journet, ingénieur des ponts et chaussées, attaché à la direction des travaux de Paris.

3. Régime et distribution de la température dans l'habitation. — Rapporteurs : MM. Émile Trélat, directeur de l'École spéciale d'architecture; et Somasco, ingénieur,

4. Action du sol sur les germes pathogènes. — Rapporteurs : MM. le docteur Grancher, professeur à la Faculté de médecine de Paris; et le docteur Richard, médecin-major, membre du Comité consultatif d'hygiène.

5. Protection des cours d'eau et des nappes souterraines contre la pollution par les résidus industriels. — Rapporteur : M. le docteur J. Arnould, médecin inspecteur de l'armée, professeur à la Faculté de médecine de Lille; et le docteur A.-J. Martin, membre du Comité consultatif d'hygiène.

6. De l'assainissement des ports. — Rapporteur : M. le docteur A. Proust, professeur d'hygiène à la Faculté de Paris, inspecteur général des services sanitaires, etc.

7. Accidents causés par les substances alimentaires d'origine animale contenant des alcaloïdes toxiques. — Rapporteurs : MM. P. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine de Paris; Pouchet, membre du Comité consultatif d'hygiène; et le docteur Loye.

8. De la statistique des causes de décès dans les villes. — Rapporteur : le docteur J. Bertillon, chef du service démographique de la ville de Paris, membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France, etc.

Il est nécessaire que les adhésions soient adressées le plus tôt possible au Secrétariat du Congrès, 28 rue Serpente, à Paris (hôtel des Sociétés savantes), afin que le Comité d'organisation puisse prendre les mesures nécessaires pour assurer un tirage suffisant des rapports préliminaires et des divers documents.

Académie de médecine de Paris. — Liste des prix de la Faculté pour l'année 1887-1888 ;

*Prix Barbier.* — Une somme de 500 fr. est attribuée, à titre d'encouragement, à M. le le docteur Auvard, pour ses divers instruments.

La somme de 1.500 fr., reliquat du prix, serait attribuée à la bibliothèque de la Faculté.

*Prix Chateauvillard.* — Le prix est partagé ainsi qu'il suit :

1° 1.000 fr. à M. le docteur Gilles de la Tourette, pour son ouvrage intulé : « L'hypnotisme »;

2° 500 fr. à M. le docteur L.-H. Petit, pour son ouvrage intitulé : « Œuvres complètes de Jean Méry »;

3° 500 fr. à M. le docteur Blondel, pour son ouvrage intitlué : « Les strophantus du commerce ».

*Prix Corvisart.* — Le prix, qui consiste en une médaille d'or et 400 fr., a été décerné à M. Moreau, externe des hôpitaux.

La Faculté a décidé que le sujet du concours, pour l'année 1889, serait : « Complications du rhumatisme articulaire aigu. »

*Prix Montyon.* — Le prix n'a pas été décerné cette année, faute de concurrents.

*Prix Jeunesse (Hygiène).* — Le prix a été partagé :

1° 750 fr. à M. le docteur Martin, pour son « Étude sur la création du Musée d'hygiène » et son mémoire sur la « désinfection des chiffons »;

2° 750 fr. à M. le docteur Thoinot, pour ses manuscrits : « Étude sur la fièvre typhoïde. — Étude sur la généralisation de la progression de la diphtérie. — Étude critique sur quelques points de la suette miliaire. »

*Prix Lacaze (Phtisie).* — La Faculté a décidé que le prix serait décerné à M. le docteur Malassez, pour ses travaux sur la Tuberculose.

THÈSES RÉCOMPENSÉES.

*Médailles d'argent.* — MM. Berlioz, Blocq, Bourdillon, Demoulin, Fugairon, Guérard, Guillet, Marty, Potocki, Vassaux.

*Médailles de bronze.* — Bécavin, Bosselut, Colin, Foubert, Hervé, Joubin, Labruhe, Lejars, Lepage, Marage, Marguet, Martin de Gimard, Monprofit, Pavlidès, Polguère, Patein, Pozzi, Raymond, Riocreux, Romme, Secheyron, Varnier, Yersin.

*Mentions honorables.* — MM. Belin, Boisvert, Budor, Demelin, Dubar, Dumont, Durel, Engelbach, Evrain, Girode, Guèmes, Jeanselme, Jeanton, Jouliard, Lancial, Deflaive, Le Plage, Luquet, Ninovici, Mirassou-Nouqué, Nivière, Odriozola, Perez, Rendon, Rouland, Saint-Hilaire, Semelaigne, Mme Sollier, MM. Vanneufville, Villemin, Wissard, Yovanovitch.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bastide (de Largentière); Navarre, médecin principal de première classe, en retraite, et N. Thevenod (de Paris).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Par décision de la commission scolaire, en date du 12 avril 1889, MM. les candidats ajournés avant le 9 juin 1889 sont informés que :

1° Les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin (à partir du 17 juin);

2° Les épreuves orales seront renouvelées :

A partir du 17 juin pour les candidats ayant échoué avant le 15 mai;

A partir du 1er juillet pour ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 9 juin.

Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 4 juin inclusivement, dernier délai.

Les candidats ajournés après le 15 mai et avant le 9 juin consigneront jusqu'au 18 juin 1889 inclusivement, dernier délai.

Ils sont tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— Le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons sur les maladies des femmes le lundi 13 mai, à sa clinique, rue de Savoie, 9, à une heure et demie, et les continuera les lundis suivants à le même heure.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

N° 58 L'UNION MÉDICALE Jeudi 9 Mai 1889.



**Sommaire**



## Syphilis vaccinale (1).

Par A. MOREL-LAVALLÉE.

La large place que l'hygiène et la prophylaxie des maladies contagieuses tiennent aujourd'hui dans les préoccupations du monde médical donne un véritable intérêt d'actualité à la *syphilis vaccinale*, dont le récent ouvrage de M. le professeur Fournier vient de mettre puissamment en relief la fréquence et les dangers.

La notion de cette affection est absolument contemporaine, puisqu'en 1865 encore on pouvait, à l'Académie de médecine, rejeter la possibilité de son existence *au nom des principes*; mais déjà à cette même époque, ou plus exactement depuis 1849 jusqu'à nos jours, une série d'épidémies terribles venait dessiller les yeux incrédules et établir avec une cruelle évidence la réalité de la syphilis vaccinale. C'étaient les épidémies de Lupara, de Rivalta, de Crémone, d'Alger, pour ne citer que les plus célèbres, — dont on retrouvera le récit détaillé et instructif dans les *pièces justificatives* annexées au livre de M. Fournier. Mais il y a plus, la preuve expérimentale : le docteur Cory (de Londres) s'est inoculé à plusieurs reprises du virus vaccin pris sur des vaccinifères syphilitiques; à la quatrième expérience (1881) apparurent au bras deux chancres vaccino-syphilitiques.

Ainsi donc la pratique de la vaccination peut transmettre la syphilis; de là un danger collectif, un véritable péril social, car : 1° les vaccinifères étant rares, on profite de leur présence pour vacciner avec eux le plus de monde possible, par « fournées »; — 2° le vaccin est essentiellement matière à transmission, il ne se perpétue, en tant que vaccin humain, que par une chaîne ininterrompue de transmissions successives, d'où la possibilité de contagions par vaccins de seconde et troisième générations (épidémie de Rivalta); — 3° la syphilis infantile est ultra-féconde en contagions *par ricochet* aux nourrices, à d'autres nourrissons, aux maris des nourrices, etc.

Enfin la syphilis vaccinale aura aussi les plus sérieuses conséquences pour le médecin qu'elle expose à la perte de sa clientèle, à des demandes de dommages intérêts, voire à une action correctionnelle (condamnation à 2 ans de forteresse du docteur H..., de Hollfeld [Franconie], 1853).

Que peut-il donc se produire quand on inocule à un sujet sain du vaccin puisé à une source syphilitique? — Deux alternatives se présentent :

(1) Leçons sur la *syphilis vaccinale*, par A. FOURNIER, recueillies par le docteur P. PORTALIER; Éd. Lecrosnier, Paris 1889.

1° Il est possible que ce vaccin reproduise simplement la vaccine et reste stérile au point de vue syphilitique. Oui certes, cela est possible, mais tous les faits négatifs ne peuvent contre-balancer un seul fait positif; en outre, cette stérilité d'une inoculation peut se rencontrer, sans que l'on sache pourquoi, à propos de toutes les maladies virulentes inoculables, pour le vaccin lui-même; pour la syphilis, quelle que soit l'origine du pus inoculé (plaques muqueuses, chancre, sang [Pellizari]).

2° L'inoculation sera positive, et alors : *a*) ou *la syphilis se produit seule*, la vaccine avortant; — *b*) ou *la syphilis et la vaccine se produisent toutes deux*. Ne nous occupons que de cette dernière hypothèse.

De deux choses l'une : ou les deux maladies coexisteront, ou elles évolueront successivement; mais, comme la syphilis a une incubation de quinze jours minimum à vingt-cinq jours en moyenne, c'est toujours elle qui apparaîtra en second lieu, — soit après la guérison de la vaccine, sur sa cicatrice même, — soit, si la vaccine a été traînante, par la transformation de la pustule en *chancre vaccino-syphilitique*; « les deux maladies, vaccine et syphilis, se trouvent ainsi pour quelques jours *en conjonction* ». Pendant quelques jours il n'y a pas de diagnostic possible, et cela quelquefois jusqu'au bubon, jusqu'aux accidents secondaires; et pourtant combien n'importe-t-il pas, ne fût-ce qu'au point de vue médico-légal, de savoir distinguer la *syphilis vaccinale*, née du vaccin, de la *fausse* syphilis vaccinale, succédant chronologiquement au vaccin, mais née de l'hérédité.

Ecoutons la parole du professeur de Saint-Louis : La syphilis vaccinale vraie débute toujours par un chancre :

1° Parce que cet accident se produit, après l'inoculation, dans le délai classique de l'incubation (3 à 5 semaines);

2° Parce qu'à l'instar du chancre il ne se produit qu'au point d'insertion du virus;

3° Parce qu'il reproduit fidèlement tous les caractères du chancre;

4° Parce qu'à ses côtés se développe toujours le bubon satellite;

5° Parce qu'ensuite se produit toujours, à échéance voulue (après 40 à 45 jours d'incubation secondaire), l'explosion secondaire.

Qu'est-ce que le chancre vaccinal? C'est d'abord une papule sèche, lenticulaire, qui devient ensuite humide, excoriative, bientôt, par conséquent, *croûteuse*; au-dessous de la croûte, on trouverait une lésion arrondie, à base dure (induration sèche, élastique, chondroïde), à fond lisse, uni, vernissé, grisâtre, — rouge sur les bords... Le chancre de la peau, d'ailleurs, est presque toujours un chancre croûteux (*chancre ecthymateux*). — La lésion persiste six à huit semaines; il reste l'induration, qui va s'évanouir à son tour, laissant une macule qui mettra quelque temps à disparaître.

La syphilis vaccinale a une mauvaise réputation pronostique, ayant, dans ses épidémies, donné lieu à une mortalité considérable et rapide. Mais c'est là une *gravité d'emprunt*, tenant, d'une part, au jeune âge des sujets affectés; d'autre part à ce que la vérole née de cette façon est exposée, de nature, à rester méconnue. En dernier lieu, elle rencontre une mauvaise hygiène, la misère, l'incurie, l'ignorance, autant de facteurs de gravité.

La syphilis vaccinale n'existe qu'à la condition d'un vaccinifère syphilitique. Mais est-il, pour le vaccinifère, des conditions personnelles qui le rendent particulièrement dangereux? Est-il nécessaire à la contamination que le vaccinifère soit, au moment même, en état de syphilis en activité? —

Non; *il suffit que le vaccinifère soit en état de syphilis, même latente,* et c'est bien là qu'est le danger..

Bien plus, *il suffit, pour que la contagion s'opère, que le vaccinifère soit* EN INCUBATION *de syphilis* (1).

Dans la plupart des cas, la contagion vaccino-syphilitique s'est faite de bras à bras, mais elle s'est produite aussi après l'usage de vaccin *en tubes* ou *en plaques.* Quel est le véhicule du contage? L'épiderme, le pus, le sang, le vaccin lui-même. C'est avec du vaccin pur de sang que M. Cory s'est inoculé lui-même avec succès. Quant à l'agent même de la contagion, nous ignorons sa nature.

Le diagnostic comporte trois points principaux :

I. *Différencier du chancre syphilitique vaccinal la vaccine ulcéreuse, dite chancriforme (ou mieux chancrelliforme), qui peut le simuler.* — La vaccine ulcéreuse, qui se produit surtout avec le cow-pox et s'observe de préférence chez les tout jeunes enfants, malingres et souffreteux, se présente comme il suit : Vers le dixième jour, la croûte tombe, et il s'établit une ulcération plus ou moins étendue, à fond anfractueux, à bords relevés et inflammatoires. Or, il y a ici un critérium absolu, le critérium chronologique : l'ulcération s'établit du douzième au dix-huitième jour après la vaccination; ce ne peut donc être un chancre qui, lui, ne serait pas né à cette époque. Le diagnostic est ainsi d'une rigueur mathématique.

II. *Différencier de la syphilis vaccinale les éruptions secondaires de la vaccine.* — Les « vaccinides » sont des éruptions aiguës, inflammatoires, congestives, fugaces, mais qui toujours se font du neuvième au quinzième jour de la vaccination, tandis que la roséole syphilitique n'apparaît que 25 + 45 ou 60 jours après l'inoculation.

III. *Différencier de la syphilis vaccinale toute syphilis qui, indépendante du vaccin par origine, viendrait par aventure à entrer en scène à la suite de l'inoculation vaccinale.* — Cette question qui repose avant tout sur la recherche du chancre vaccinal (absent dans l'hérédo-syphilis), et l'évolution morbide obligatoire en quatre actes de toute vérole qui débute, a été traitée de main de maître par M. Fournier. En raison de son importance majeure et de l'intérêt social et médico-légal qu'elle comporte, nous ne pourrions ici la traiter d'une façon suffisante; contentons-nous de l indiquer.

La contagion de la syphilis peut encore dériver, non du vaccin lui-même, mais de la pratique même de la vaccination : 1° elle peut se faire au moyen d'un instrument malpropre, mal lavé; — 2° elle peut résulter, dans les vaccinations « par fournées », de l'inoculation à l'un des sujets d'une goutte de sang provenant d'un syphilitique qui aurait, avant lui, passé par la lancette du vaccinateur non prévenu. De là cette conclusion qu'il faut laver et flamber la lancette entre chaque vaccination, et avant de la reporter sur le vaccinifère.

Là est le commencement de la sagesse, mais la prophylaxie veut davantage, et c'est là le côté pratique, le point capital de l'œuvre du professeur de Saint-Louis : il n'existe qu'*une* sauvegarde contre les accidents vaccino-syphilitiques, c'est la *vaccine animale exclusive.*

(1) ... *en incubation de syphilis*... VACCINALE; il y a là, du reste, une discussion des plus attachantes et pour laquelle nous ne pouvons que renvoyer le lecteur au texte même de *Syphilis vaccinale.*

Une seule considération pourrait faire hésiter le médecin ; c'est s'il était démontré que le cow-pox préservât moins bien de la variole que le vaccin humain; mais rien n'autorise à le dire.

La sécurité absolue ne saura jamais exister avec la vaccine humaine. En vain avait-on indiqué comme suffisantes les précautions suivantes : n'accepter que des enfants âgés ; — que des enfants de santé antérieure connue, de santé actuelle irréprochable ; — que des enfants dont les parents seront connus. — Ces précautions sont excellentes, mais irréalisables, non pratiques; il suffira, pour tout perdre, d'une seule faute, d'un oubli d'un jour; chacun des *desiderata* ci-dessus présente une fissure. Prenons des exemples: Un enfant ne peut-il pas être en état de syphilis latente, fût-il encore apparemment indemne au bout de quatre ou six mois? — Pour s'assurer de la santé des parents, ira-t-on, d'autorité, déshabiller le père et la mère du vaccinifère? De temps à autre, ne tombera-t-on pas sur l'enfant d'un père syphilitique qui aura caché sa maladie au médecin habituel de la famille?

Il n'y a donc qu'une sécurité possible, la VACCINE ANIMALE. Et il nous reste, adoptant les conclusions de M. Fournier, à souhaiter de voir se créer et se développer en France, ainsi que cela s'est fait à l'étranger, un nombre suffisant d'Instituts vaccinaux ou d'offices vaccinogènes. Il est triste d'avoir encore à déplorer que « l'Académie de Paris, ce dispensaire par excellence de la vaccine, ce *Conservatoire* de la vaccine, en soit encore aujourd'hui à réclamer *une étable* pour la culture du vaccin animal » (1).

---

**Cancer de la trompe et du corps de l'utérus. — Hystérectomie abdominale. — Guérison. — Récidive au niveau du pédicule. — Mort de cachexie cancéreuse.**

Observation lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 9 février 1889

Par M. POLAILLON,

Chirurgien de la Pitié, agrégé à la Faculté de médecine, membre de l'Académie de médecine.

La nommée D..., Eugénie, âgée de 46 ans, est entrée le 22 septembre 1888 à la Pitié, salle Gerdy, n° 24.

Elle ne signale aucune maladie antérieure. Réglée à 15 ans, elle a été mariée à 15 ans et demi, et à 16 ans et demi elle accouchait à terme d'un enfant mort. Cinq mois après, elle fit une fausse-couche. Depuis lors, aucune nouvelle grossesse.

D..., qui a exercé la profession d'artiste lyrique, est d'un caractère bizarre et d'un tempérament très nerveux.

Depuis un an et demi ses règles sont devenues irrégulières. Quelquefois, elle avait des pertes abondantes avec des caillots. En mai 1887, elle entra à l'Hôtel-Dieu pour une rétention d'urine, qui dura dix jours.

Il y a seulement trois mois que des douleurs commencèrent à se faire sentir dans le ventre et dans les reins. Légères au début, ces douleurs devinrent peu à peu très violentes et revenaient par accès. Ce sont surtout ces douleurs qui décidèrent la malade à entrer à l'hôpital de la Pitié, où elle me fut adressée par un de mes anciens internes, M. Janet.

Je constate, dans le petit bassin, une tumeur volumineuse comme une tête de fœtus à terme et remontant à quatre travers de doigt environ au-dessus du pubis. Cette tumeur paraît fluctuante. Elle est douloureuse à la pression, surtout dans sa partie

(1) L'Académie possède aujourd'hui cette étable.

gauche. Elle est, en outre, le siège de douleurs spontanées, très violentes, qui reviennent par crises. Dans le cul-de-sac antérieur du vagin, je rencontre une tumeur dure, mobile, qui donne l'idée d'une partie fœtale. Le col de l'utérus est ramolli et douloureux. Enfin, à l'auscultation du ventre, j'entends des battements très rapides ressemblant à ceux du cœur fœtal. Mais ces battements étaient isochrones avec ceux de la patiente, et leur rapidité s'expliquait par un état fébrile passager. Le lendemain, la fièvre étant tombée, ces battements n'existaient plus, et un nouvel examen montra que certainement il n'y avait pas de grossesse.

La cavité utérine mesurée à l'hystéromètre n'avait pas augmenté de profondeur.

Mon diagnostic, malgré quelques points de doute en raison des douleurs extraordinaires dont se plaignait le malade, pencha pour un kyste multiloculaire de l'ovaire. L'opération montra que la tumeur dépendait de l'utérus.

L'*ovariotomie* fut acceptée et pratiquée le 2 octobre 1888, dans le pavillon spécial de la Pitié.

La chloroformisation fut normale, sans vomissements. Incision sur la ligne médiane, depuis le pubis jusqu'à l'ombilic. A l'ouverture du péritoine, écoulement d'un liquide ascitique, de couleur brunâtre, assez abondant. La tumeur se montre entre les lèvres de l'incision. Sa surface est sillonnée par de nombreux vaisseaux. Il est difficile de l'attirer au dehors, parce que sa base d'implantation est très large, et que son tissu très friable se déchire sous la moindre traction. Deux broches de fer sont placées le plus bas possible au-dessous de la tumeur. Un cordon de caoutchouc serré entre ces deux broches forme le pédicule et produit l'hémostase. La tumeur est alors séparée avec un couteau à amputation.

Le péritoine est soigneusement lavé avec un courant d'eau distillée bouillie et additionnée de 1/100$^e$ d'acide phénique. L'incision abdominale est suturée avec cinq fils d'argent profonds et plusieurs fils de crin de Florence. Le pédicule est laissé au dehors, à la partie inférieure de l'incision. Pansement de Lister.

Les *suites* de l'opération furent très simples et ne présentèrent d'autre complication que l'apparition d'une bronchite, qui céda assez rapidement. Pendant la bronchite, la température s'éleva à 38°,2 et retomba rapidement au degré normal.

Les 8, 13 et 17 octobre, le pansement fut renouvelé. Le pédicule mortifié s'était détaché dès le 13 octobre, et le 19 octobre la malade rentra dans la salle commune (salle Gerdy, n° 15) complètement guérie de son opération.

*Examen de la tumeur.* — La tumeur extraite par la laparotomie présentait deux portions distinctes.

Une partie était formée par le corps de l'utérus et avait à peu près le volume d'une tête de fœtus. Sa surface présentait des bosselures d'un centimètre de diamètre et était sillonnée par de nombreux vaisseaux. Son tissu était friable et dans plusieurs points on rencontrait des déchirures faites pendant l'opération. L'examen microscopique a montré que ce tissu était formé par des végétations épithéliales dissociant les fibres musculaires de l'utérus et s'étendant jusqu'au-dessous du revêtement péritonéal de cet organe. Il est probable que ces végétations épithéliales partaient de la muqueuse du corps de l'utérus, mais ce rapport n'a pu être nettement établi.

L'autre portion de la tumeur était formée par la trompe gauche considérablement augmentée de volume. Son diamètre était de 2 à 3 centimètres et sa longueur de 10 centimètres environ. Sa surface était bosselée; sa consistance dure; sa couleur blanc-rosé. Sur une coupe transversale, on remarquait l'orifice de la trompe au centre, et autour de cet orifice ses parois très hypertrophiées. L'hypertrophie était due à des cellules épithéliales qui infiltraient et dissociaient les fibres musculaires lisses du tissu propre de la trompe. Les franges étaient déformées, augmentées de volume et infiltrées de cellules épithéliales.

En somme, nous avions affaire à un cancer en champignon du fond de l'utérus et à un cancer de la trompe qui venait s'insérer sur la tumeur. L'autre trompe, la trompe droite, n'a pas été aperçue. L'ovaire gauche, c'est-à-dire l'ovaire du côté malade, n'a pas été retrouvé. Il paraît avoir été englobé dans la masse morbide.

L'examen microscopique me fit concevoir les plus vives craintes pour l'avenir de la

malade. Bien que la tumeur eût été enlevée aussi complètement que possible, en formant le pédicule très bas sur l'utérus lui-même, il était probable qu'une partie du tissu cancéreux, quelque minime qu'elle fut, était restée au-dessous du pédicule, et qu'une reproduction de la tumeur était fort à craindre.

En effet, dans le courant de novembre, des douleurs très vives se firent sentir dans le bas-ventre. En examinant la cicatrice, je constatai une induration de la peau au niveau du point où le pédicule s'était détaché.

D... fut bientôt obligée de garder continuellement le lit. Ses forces se perdirent rapidement. Le manque d'appétit et l'absence presque complète d'alimentation produisirent en peu de temps un amaigrissement considérable.

L'induration de la cicatrice augmentait chaque jour, de manière à former une tumeur qui se prolongeait dans la profondeur du ventre. Cependant les ganglions inguinaux restaient indemnes et il ne se produisait aucun écoulement par le vagin.

Enfin, le 16 décembre, D... succombait en pleine cachexie cancéreuse.

## BIBLIOTHÈQUE

LE CRACHAT DANS SES RAPPORTS AVEC LE DIAGNOSTIC, *le pronostic et le traitement des maladies de la gorge et des poumons,* par G. Hunter MACKENZIE (d'Edimbourg), traduit et annoté par le docteur Léon PETIT, précédé d'une préface par le professeur GRANCHER. — O. Doin, 1888.

C'est une excellente idée qu'a eue notre confrère M. Léon Petit de traduire ce livre, et il ne pouvait le placer sous un meilleur patronage que celui de M. Grancher, qui a étudié, comme on sait, avec tant de prédilection et de succès, les maladies du poumon, et particulièrement la tuberculose.

M. H. Mackenzie précise les caractères de l'expectoration dans les catarrhes bronchiques, la dilatation des bronches, l'asthme, la gangrène pulmonaire, les abcès du poumon, dans la pneumonie fibrineuse et les maladies zymotiques; c'est surtout à l'étude du crachat dans la phthisie bacillaire, les phthisies traumatiques et l'anthracosis qu'il consacre le plus grand nombre de pages. Tous les éclaircissements qu'on peut tirer de l'examen macroscopique et micrographique des crachats, au point de vue du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique des maladies pulmonaires, l'auteur nous les fournit.

Dans les maladies du nez, de la bouche, du pharynx et du larynx, qu'il s'agisse de tuberculose, cancer, syphilis ou inflammation chronique non spécifique, il y a utilité à bien connaître les caractères des crachats.

Dans la préface, M. le professeur Grancher dégage en quelques pages les propositions qui découlent du livre de H. Mackenzie : l'examen des crachats, isolé de tout autre moyen de diagnostic, peut conduire à l'erreur même dans la tuberculose pulmonaire classique; *à fortiori*, dans les maladies plus obscures où l'étude bactériologique est moins avancée, comme la syphilis et le cancer; le plus souvent, il complète utilement et renforce les données de l'auscultation et de la percussion, que le médecin ne doit jamais négliger. Dans quelques cas, l'examen microscopique et bactériologique des crachats est décisif et supérieur à tout autre moyen de diagnostic.

Ces propositions sont sages, elles seront en tous pays approuvées par ceux « qu savent allier prudemment la tradition et le progrès ». — P. L. G.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 mai 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Un *mémoire sur les vaccinations pratiquées dans le 15e corps d'armée à l'arrivée de la classe 1888*, par M. le docteur Cassedebat;

2° Un *mémoire sur la vaccination animale*, par M. Cagny, vétérinaire (de Senlis);

3° Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique informant l'Académie qu'il a transmis au ministre de l'intérieur la discussion sur les poêles mobiles.

— M. CHAUVEL lit le résumé de quatre observations d'abcès du foie qu'il a observées sur des soldats revenant du Tonkin et d'Algérie. Deux fois l'abcès était localisé à droite; dans les deux autres cas, il occupait le lobe gauche et les malades succombèrent.

M. Chauvel tire de son travail les conclusions suivantes :

1° L'ouverture immédiate, directe, au bistouri, des abcès du foie, ne présente pas de danger au point de vue de la péritonite, à condition qu'elle soit pratiquée avec les précautions antiseptiques.

2° Cette ouverture doit être large et placée de telle façon qu'elle conduise directement dans le foyer purulent. En raison du relèvement de la section du foie après l'évacuation du liquide, il est bon de la faire aussi élevée que possible; si elle se rétrécit par le rapprochement des côtes, la résection d'un fragment de celle-ci peut devenir nécessaire.

3° Il est inutile, il ne serait peut-être pas sans inconvénient, de réunir par la suture les lèvres de la plaie hépatique, ainsi qu'on l'a conseillé.

4° L'ouverture large des abcès du foie doit être pratiquée hâtivement, et des ponctions exploratrices sont nettement indiquées, sitôt qu'on soupçonne la présence du pus.

5° Il est presque toujours impossible de reconnaître l'existence d'autres abcès à côté de la collection principale, au moins d'une façon assez certaine pour rejeter toute intervention. Dans ces conditions, l'incision large fait disparaître une des sources de la fièvre; elle favorise l'ouverture des foyers secondaires dans la cavité devenue vide; si elle n'arrête pas la marche de l'affection, elle n'exerce sur son cours aucune influence nuisible.

6° Les abcès du lobe gauche du foie paraissent plus graves, tant en raison de la possibilité d'une péricardite par propagation que de la probabilité d'autres collections purulentes dans le volumineux lobe droit.

M. VERNEUIL répond aux différents orateurs qui ont traité la question du tétanos.

La théorie de l'origine équine n'a guère été combattue que par les vétérinaires.

M. Nocart n'admet pas que le cheval puisse transporter le tétanos sans en être atteint. Cela est cependant aussi facile à admettre que le transport d'une maladie infectieuse par un médecin bien portant.

M. Leblanc n'a cité que les faits douteux et regarde la prédisposition comme le fait le plus important dans l'étiologie du tétanos. Pour M. Verneuil, c'est le virus, au contraire, qui a la plus grande influence; la réunion de toutes les causes prédisposantes ne peut jamais suffire à donner le tétanos.

M. Trasbot et M. Verneuil sont presque d'accord. Du reste, M. Verneuil n'a voulu s'occuper que du mode le plus fréquent de la propagation du tétanos.

M. Lagneau s'appuie sur la profession des sujets pour éloigner l'origine équine; c'est là une erreur.

M. Laborde ne s'est pas occupé de la nature microbienne de la maladie et semble même ne pas l'admettre.

M. Verneuil maintient donc ses conclusions.

M. GOUBAUX admet d'autres causes du tétanos que les origines équine, tellurique et humaine. Il s'est souvent blessé en enlevant la moelle de chevaux morts tétaniques et n'a jamais été atteint. Depuis 1763, un seul élève d'Alfort est mort du tétanos. Il n'y a jamais eu de contagion dans les écuries. Beaucoup d'animaux sont atteints sans qu'ils aient de blessure. La castration des béliers par le procédé du fouettage est souvent suivie de tétanos, et il n'y a là ni contagion ni plaie. Trente-trois béliers opérés par ce procédé, le temps étant froid, moururent tétaniques; vingt-huit autres traités de la même manière, par un beau temps, supportèrent bien l'opération. Cependant il n'y avait eu aucun contact avec le fumier. M. Goubaux rapporte deux cas de tétanos qui, pour lui, tiennent à ce que les plaies avaient été faites dans des endroits très sensibles.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant national (4e division).

La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit :

En première ligne, M. Balland (pharmacien militaire) ; en deuxième ligne, M. Haller (de Nancy) ; en troisième ligne, M. Soubeiran (de Montpellier) ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Fleury, Lacour-Eymard (pharmaciens militaires) et Merget (de Bordeaux).

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er mai. — Présidence de M. Nicaise.

Sommaire : Opération de Wladimiroff-Mickulicz. — La suppression du drainage.

M. Ollier n'a jamais trouvé l'occasion de pratiquer l'opération de Wladimiroff-Mickulicz, bien que depuis quatre ans il ait fait plus de quarante opérations sur la partie postérieure du pied. Il lui semble qu'on ne peut la conseiller que pour les cas rares de lésions malignes du talon, d'épithéliomas primitifs du calcanéum. Quand il s'agit de tuberculose et que la peau du talon est intacte, il ne comprend pas l'opération.

M. Ollier rapporte une observation de M. Vincent relative à un cas d'ablation du calcanéum et de l'astragale chez une jeune fille pour une affection tuberculeuse locale. Dernièrement M. Ollier a rencontré l'opérée dans les Alpes où elle peut faire 30 kilomètres à pied. La voûte plantaire est résistante, le pied à peine déformé, et elle ne porte pas de chaussure spéciale. L'état général est lui-même excellent.

M. Ollier montre une photographie sur laquelle on voit que les malléoles sont abaissées et qu'il existe en arrière une saillie notable au niveau de la région calcanéenne. Cette saillie est due à une reproduction osseuse du calcanéum ; l'astragale, par contre, ne se reproduit pas, et il se fait, à la place qu'elle occupait, une simple masse fibreuse. Une petite difformité résulte de la présence d'une bourse séreuse au niveau du premier métatarsien ; elle tient à ce que l'on n'a pas placé le gros orteil dans une bonne position, et le chirurgien doit se préoccuper de ce point.

M. Ollier préconise comme ayant de réels avantages une opération qui consiste à utiliser la peau du talon antérieur que l'on ramène en arrière pour refaire un talon postérieur. Après quelque temps, les résultats sont très bons.

On abuse trop, en ce moment, des opérations conservatrices. Il ne faut les entreprendre sur le tarse que quand les lésions paraissent très limitées et se montrer d'autant plus circonspect chez les enfants, qu'il arrive souvent chez eux que la tuberculose guérit par le traitement général et des interventions locales très bénignes. Les opérations dites conservatrices ne seront jugées que plus tard quand elles auront subi l'épreuve du temps.

— M. Jules Bœckel (de Strasbourg) fait une communication au sujet de la suppression du drainage dans les grandes opérations chirurgicales. Il tend, après n'avoir laissé le drain que vingt-quatre heures, à le supprimer complètement. Il a d'abord réussi constamment lorsqu'il ne faisait cette suppression que dans les opérations peu graves. Cela l'a encouragé, et actuellement il n'emploie plus de drain et s'appuie sur les résultats obtenus dans 33 grandes opérations de toute nature parmi lesquelles figurent des extirpations du sein, des résections du genou, des amputations de cuisse, l'enlèvement de ganglions cervicaux et iliaques, etc. Il tâche de ne faire qu'un pansement unique, de supprimer les ligatures, et, s'il se peut, les pinces hémostatiques.

Sur ses 33 opérations, M. Bœckel n'a eu que 2 décès : l'un par méningite tuberculeuse, l'autre par pneumonie. Et cependant quelques-unes étaient faites dans des conditions très particulières. C'est ainsi qu'il rappelle l'observation d'une récidive de cancer du sein avec envahissement des ganglions axillaires et des ganglions sus et sous-claviculaires chez une femme de 59 ans. Il dût faire l'ostéotomie linéaire de la clavicule et suturer ensuite les os sans drainer. Un seul pansement a suffi et, quinze jours après l'opération, la guérison était complète.

Dans un autre cas, M. Bœckel a pratiqué l'évidement pour un abcès du sein très étendu et profond chez une femme de 40 ans. Dans des résections du genou, la guérison de la plaie est survenue sans suppuration entre vingt-cinq et trente jours, la consolidation n'était naturellement pas encore complète à cette époque.

Les résultats si bons auxquels est parvenu M. Bœckel ont été obtenus malgré des conditions générales déplorables et dans des locaux mal distribués. Il s'applique, tout en étant aussi aseptique que possible, à simplifier les procédés de désinfection et supprimer les étuves. Ce qui est le plus nécessaire, c'est l'antisepsie rigoureuse dans le cours de l'opération. Il faut se laver fréquemment les mains avec de l'eau chaude, puis du sublimé, ne pas employer d'éponges, dessécher la plaie avec de la gaze, faire le moins de ligature possible, quelquefois mettre un pseudo-drain, crayon iodoformé absorbable et n'employer qu'un seul pansement iodoformé et compressif.

M. Segond rappelle que la question de la suppression du drainage a été traitée par la Société il y a peu de temps et qu'à ce moment M. Trélat a précisé les conditions où l'on pouvait tenter cette suppression. Pour lui, bien loin d'être une erreur chirurgicale, comme l'a dit M. Bœckel, le drainage est une des plus belles conquêtes de la chirurgie contemporaine. Son utilité est incontestable et en chirurgie abdominale et en chirurgie générale.

Dans beaucoup de cas, M. Segond n'a pas employé le drain et il s'agissait d'amputations, de cures radicales de hernies et d'hydrocèles, etc.; dans ces cas, il a obtenu la guérison sans employer ni l'iodoforme, ni les crayons iodoformés. Mais c'est qu'il y avait une asepsie complète et que l'on pouvait faire la compression prolongée. Dans les cas qui n'offrent pas ces conditions, ce serait une faute grave de supprimer le drain.

M. Ollier a eu souvent envie de renoncer au drainage dans les résections du genou, mais il n'a jamais osé le faire. Quand les cas sont anciens, qu'il y a des fusées purulentes péri-articulaires, de l'empâtement, des désordres graves, on ne peut supprimer le drain. On peut cependant prendre un moyen terme en se servant de drains absorbables : drains décalcifiés, paquets de fils de catgut, etc. Il laisse ces drains avec le pansement pendant cinquante à soixante jours et s'est fort bien trouvé de cette pratique.

M. Quénu partage l'avis de MM. Segond et Ollier relativement aux indications du drainage. De plus, il regarde l'antisepsie instrumentale préalable comme très utile et croit que l'on doit se servir d'éponges, à condition de les rendre aseptiques. L'évidement pour les abcès du rein, tel que le conseille M. Bœckel, n'est pas une opération nouvelle, et M. Quénu l'a pratiqué. Quant à l'ostéotomie de la clavicule lors de cancer du sein avec ganglions sus-claviculaires, c'est une complication opératoire inutile, car, dans ces cas, on ne doit pas intervenir.

M. Reclus a cessé d'employer le drainage depuis 1887. Il a cependant obtenu de très bons résultats dans des amputations, des cures radicales de hernies, des trépanations, etc. Les cas de suppuration ont été très peu nombreux. Dans un fait où il s'agissait de l'ablation d'une tumeur du rein, du sang et des caillots s'accumulèrent dans la cavité et il dut faire secondairement l'évacuation de cette collection; la guérison fut rapide.

Malgré tout, M. Reclus s'associe aux sages réserves formulées par M. Segond. La compression énergique à laquelle il faut recourir est souvent mal supportée par les malades; elle est cependant nécessaire, car, dans un cas récent où, à la suite de l'ablation d'un kyste sébacé de la région sacrée, M. Reclus n'a pu que comprimer légèrement, il s'est produit un épanchement de sérosité qui a récidivé après une ponction.

On peut trouver de l'avantage à placer un drain pendant deux ou trois jours, selon la pratique de M. Lucas-Championnière. D'autre part, M. Reclus n'emploie pas de drain absorbable, mais place souvent dans la plaie une pommade composée de vaseline, d'acide borique et d'iodoforme, ce qui la rend absolument indolente.

M. Berger regarde la suppression du drainage comme un idéal que l'on doit poursuivre et il y a renoncé dans bien des cas. Cependant il croit que l'on doit l'employer quand il s'agit de plaies anfractueuses et que l'on a lieu de craindre des épanchements

de sang et de sérosité. Ses inconvénients sont pour ainsi dire seuls, tandis que l'absence de drains peut être suivie d'accidents.

M. Marc Sée a renoncé à l'emploi du drain dans la plupart des opérations qui ont été guéries avec un seul pansement. Il considère le lavage des plaies comme irritant et conseille l'emploi du sous-nitrate de bismuth, ainsi que la compression à l'aide d'une bande de caoutchouc; l'espace mort se trouve ainsi très diminué.

M. Bœckel constate que l'accord existe sur les principaux points de la question. Les drains décalcifiés forment souvent bouchon. Quant à l'antisepsie, il en est partisan comme tout le monde, mais regarde comme superflues un certain nombre de précautions accessoires.

M. Richelot montre des pièces provenant d'un cas de pyosalpingite double. Il y a intégrité apparente des deux trompes au niveau des extrémités utérines; l'effusion du liquide purulent dans le péritoine a forcé à faire le lavage de la séreuse.

M. Quénu regarde le lavage comme inutile, mais il faut alors drainer.

## FORMULAIRE

Injection contre la cystite. - Albert.

| | | |
|---|---|---|
| Sulfate d'alumine et de potasse............ | àâ | 15 grammes. |
| Acide phénique........................ | | |
| Sulfate de zinc........................ | | |
| Eau distillée........................ | 300 | — |

Faites dissoudre. — On mélange cette solution à dix fois son poids d'eau, et on en injecte tous les jours environ un demi-litre dans la vessie, au moyen d'une sonde à double courant, dans le cas de cystite chronique. — N. G.

## COURRIER

Les Congrès de l'Exposition internationale de 1889. — Soixante-neuf Congrès internationaux seront tenus au Champ de Mars, au cours de l'Exposition prochaine. On vient de fixer définitivement la date et la durée de cinquante-quatre d'entre eux. Ce sont, parmi ceux qui intéressent les médecins et les savants plus spécialement, les Congrès suivants : De sauvetage, qui sera tenu du 12 au 15 juin; — Des habitations à bon marché, du 26 au 28 juin; — De boulangerie, du 28 juin au 2 juillet; — D'agriculture, du 3 au 11 juillet; — De l'intervention de l'État dans le prix des denrées, du 5 au 10 juillet; — De l'enseignement technique commercial et industriel, du 8 au 12 juillet; — De bibliographie des sciences mathématiques, du 16 au 26 juillet; — De la propriété artistique, du 25 au 31 juillet ; — Pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme, du 29 au 31 juillet; — D'assistance publique, du 28 juillet au 4 août; — De chimie, du 29 juillet au 3 août; — D'aéronautique, du 31 juillet au 3 août; — Colombophile, du 21 juillet au 3 août; — De thérapeutique, du 1er au 5 août; — D'hygiène et de démographie, du 4 au 11 août; — De sténographie, du 4 au 11 août; — Pour l'amélioration du sort des aveugles, du 5 au 8 août; — De dermatologie et de syphiligraphie, du 5 au 10 août; — De l'enseignement secondaire et supérieur, du 5 au 10 août; — De médecine mentale, du 5 au 10 août; — De psychologie physiologique, du 5 au 10 août; — Des services géographiques, du 6 au 11 août; — De photographie, du 6 au 17 août; — D'anthropologie criminelle, du 10 au 17 août; — D'horticulture, du 16 au 21 août; — D'anthropologie et d'archéologie préhistoriques, du 19 au 26 août; — D'homéopathie, du 21 au 23 août; — Des électriciens, du 24 au 31 août; — Dentaire, du 1er au 7 septembre; — De chronométrie, du 2 au 9 septembre; — Des mines et de la métallurgie, du 2 au 11 septembre; — Des sociétés coopératives de consommation, du 8 au 12 septembre; — Des procédés de cons-

tructions, du 9 au 14 septembre; — Des accidents du travail, du 9 au 14 septembre; Monétaire, du 11 au 14 septembre; — D'otologie et de laryngologie, du 16 au 21 septembre; — De médecine vétérinaire, du 19 au 24 septembre; — De médecine vétérinaire, du 19 au 24 septembre; — De météorologie, du 19 au 25 septembre; — De l'utilisation des eaux fluviales, du 22 au 27 septembre; — Du commerce et de l'industrie, du 22 au 28 septembre; — D'hydrologie et de climatologie, du 3 au 10 octobre.

Les quinze Congrès, dont la date et la durée ne sont pas fixées encore sont ceux : Des œuvres d'assistance en temps de guerre; pour l'étude des questions coloniales; des sciences ethnographiques; pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation; des œuvres et des institutions féminines; des l'intervention de l'État dans l'émigration et l'immigration; de la paix; de photographie céleste; des institutions de prévoyance; de la propriété industrielle; du repos hebdomadaire; de statistique; des traditions populaires; de l'unification de l'heure; enfin, de zoologie.

— Nous rappelons à nos confrères que le banquet de l'Association générale des médecins de France aura lieu, après la première séance de l'Assemblée générale, le dimanche 12 mai 1889, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel-Continental, rue de Castiglione.

— M. le docteur E. Grange, 2, rue Moret, nous prie d'insérer la pétition suivante, et recevra volontiers les adhésions.

*Monsieur le Président, Messieurs les Membres du Conseil municipal.*

Les docteurs en médecine soussignés ont l'honneur : 1° d'appeler votre attention sur tout l'intérêt qu'il y aurait au point de vue de l'hygiène morale, surtout au moment de la visite de tant d'étrangers, à inviter M. le directeur des travaux de Paris à faire disparaître des vespasiennes et autres endroits publics les annonces multicolores des professeurs (?) et autres princes de la science (?) qui préconisent des traitements pour les maladies secrètes, ce qui pourrait faire croire aux étrangers que la population parisienne est plus atteinte qu'aucune autre de ces affections; 2° de vous signaler l'urgence de mettre ces visiteurs en garde contre ceux qui, usurpant le titre de docteur en médecine, inondent Paris d'affiches trompeuses et de prospectus mensongers.

Ce ne sont partout, qu'instituts médicaux, cliniques, cabinets médicaux dont les propriétaires font précéder leur nom des lettres Dr qui souvent ne signifient pas Docteur comme le public le suppose, mais Directeur comme la Préfecture de police le sait bien. Ailleurs, ce sont des consultations gratuites (de nom) données dans des pharmacies ou ailleurs, par qui? Mystère.

Ne vous paraît-il pas urgent d'inviter M. le préfet de police, en exécution de la loi du 19 ventôse, an XI, à ordonner un recensement des personnes qui ont le droit d'exercer la médecine, et le prier de faire établir par les commissaires de police une liste des docteurs en médecine, et une liste des officiers de santé de chaque quartier avec indication du lieu et de la date de la réception. Ces listes affichées dans les commissariats et les mairies permettraient au public d'être exactement renseigné, ce qui est impossible aujourd'hui.

La liste dressée par le 3e bureau de l'enseignement primaire à la Préfecture de la Seine est incomplète, parce que beaucoup de médecins omettent volontairement ou non de faire enregistrer leurs diplômes.

Les annuaires, entreprises privées, ne présentent au public aucune sécurité, car parmi les docteurs on y trouve inscrits la plupart des officiers de santé et même des personnes qui ne sont munies d'aucun diplôme, ce qui deviendrait impossible lorsque les listes dressées par les commissaires de police seront à la disposition du public.

Les soussignés espèrent que vous voudrez bien faire droit à leur requête et vous prient d'agréer l'expression de leur parfaite considération.

Médecin. — Honoraires. — Tarif non obligatoire pour les tribunaux. — Appréciation des services rendus. — Longue maladie. — Visites répétées. — Appréciation en bloc. — Ainsi jugé dans des circonstances que fait suffisamment connaître le jugement qui suit :

Attendu que, dans le règlement provisoire de la contribution Peillon, ouverte devant

le tribunal civil de Lyon, le 30 mai 1888, pour procéder à la répartition d'une somme de 2,687 fr. 83, provenant du cautionnemeut du sieur Peillon, en son vivant receveur municipal à Givors, le docteur Gamet a été colloqué en paiement de soins de dernière maladie pour une somme de 1.200 francs, à titre privilégié;

Attendu que le docteur Gamet a formé un contredit contre ledit règlement et demande à être colloqué pour la somme de 3,680 francs;

Qu'il produit à l'appui de son contredit un compte basé sur un tarif qui serait usité parmi les médecins de la vallée du Rhône;

Attendu que ce document ne saurait en aucune manière lier le tribunal qui doit faire application aux parties des principes du droit commun et fixer les honoraires dus à Gamet d'après les services rendus et la situation du malade;

Attendu qu'il est évident que, lorsqu'un malade reste plusieurs mois dans un état assez grave pour justifier quelques visites par jour, il ne peut être question d'appliquer dans toute sa rigueur le tarif qui fixe le prix d'une visite dans l'hypothèse d'une visite isolée ou d'un nombre de visites restreint; que les honoraires du médecin doivent alors être appréciés en bloc;

Attendu qu'il résulte des renseignements fournis au tribunal que la somme réclamée est manifestement exagérée; qu'elle s'élève presque au double de la valeur de la minime succession du défunt;

Qu'en tenant compte de la pauvreté de ce dernier et du prix ordinaire des soins médicaux dans la ville où opérait le docteur Gamet, la somme de 1,200 fr. pour laquelle il a été colloqué dans le travail provisoire est suffisante et doit être maintenue;

Par ces motifs,

Le tribunal,

Rejette comme mal fondé le contredit élevé par le docteur Gamet contre le règlement provisoire dressé par M. le Juge-Commissaire dans la contribution dont il s'agit, etc.

(*Moniteur judiciaire* du 29 mars.)

Nécrologie. — Nous apprenons avec un vif chagrin la mort de M. le docteur Dépéret-Muret, président honoraire de l'Association des médecins de la Haute-Vienne; et nous envoyons à son fils, M. Joseph Dépéret-Muret, interne à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, l'expression de nos regrets les plus sympathiques.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 mai 1889. — *Ordre du jour* : 1. M. Trousseau : Le traitement des granulations au IIe siècle. — 2. M. Abadie : Les propriétés thérapeutiques de la colchicine. — 3. Communications diverses.

**Postes médicaux.** — Un docteur en médecine de la Faculté de Paris, ancien externe et interne des hôpitaux, demande à faire des remplacements, soit à Paris, soit en province.

S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



# BULLETIN

La discussion académique sur le tétanos, terminée pour le moment, a laissé la question indécise, M. Verneuil conservant toutes ses opinions, malgré les critiques de ses adversaires, et ceux-ci n'ayant pas désarmé, malgré la réponse de M. Verneuil à leur critiques. Cependant il faut avouer que lesdites critiques n'avaient pas atteint les œuvres vives du travail de notre éminent maître, ainsi que celui-ci n'a pas eu de peine à le démontrer. En effet, les plus radicaux parmi les dissidents, MM. Leblanc et Goubaux, n'ont tenu compte, dans leur argumentation, que des observations les moins probantes apportées à la tribune de l'Académie par M. Verneuil, et ont laissé de côté les meilleures, de beaucoup les plus nombreuses. Il y a aussi dans le discours de M. Leblanc des contradictions qui nous avaient échappé à l'audition, mais que M. Verneuil, renvoyant au texte des *Bulletins*, a mises en lumière. C'était d'autant plus son droit que son adversaire après l'avoir vigoureusement attaqué, lui donnait raison sur un point important, à savoir : qu'un cheval sain peut porter sur lui les germes morbides et les transmettre à l'animal ou à l'homme blessé; qu'il peut, en d'autres termes, être morbifère sans être malade.

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Les crimes multipliés de Whitechapel, qu'on peut qualifier justement de troublants, pour employer l'épithète à la mode qu'on met à toutes les sauces, ont troublé pas mal de cervelles et ont fourni matière à de nombreuses discussions à nos confrères les journalistes médicaux et profanes. Cette fois il y en avait pour tout le monde, car si les uns ont accusé la perversité de l'assassin et sa vénalité, puis qu'il travaillait soi-disant pour le compte d'un médecin américain passionné pour les collections d'utérus, les autres ont pu, à plus juste titre, accuser la maladresse et l'incurie de la police anglaise, qui n'a su ni empêcher les crimes ni découvrir l'assassin. Les journaux américains ont, bien entendu, dit leur mot à cette occasion ; en particulier, dit le *New-York medical Record*, nos confrères de Chicago ont accordé un grand intérêt à la question, et leurs journaux et Sociétés ont rappelé de nombreux exemples de turpitudes sexuelles et morales, pensant que les crimes de Whitechapel n'étaient dus qu'à une perversion sexuelle de l'assassin.

Le docteur Reynolds a parlé d'un gentleman américain, âgé de 50 ans, qui avait une passion pour les filles à une seule jambe, et une indifférence platonique pour sa femme qui, quoique très jolie et aimable, avait malheureusement deux jambes. Cet intéres-

M. Verneuil avait la partie belle, aussi en a-t-il profité pour accabler ses adversaires de traits... d'esprit; il avait cité le fait suivant : Un vétérinaire se blesse en faisant l'autopsie d'un cheval mort de tétanos, contracte le tétanos à la suite et en meurt. M. Leblanc lui reproche d'avoir cité trop brièvement ce fait. « Cependant, réplique M. Verneuil, j'ai dit tout ce qu'il était intéressant de savoir ; un individu se jette du haut de la tour Eiffel, il est mort quand on le ramasse; le fait en est-il moins convaincant parce qu'on ignore l'âge, les nom et prénoms, les antécédents pathologiques du suicidé? »

Quoi qu'il en soit, avec ou sans esprit, les premières conclusions de M. Verneuil nous paraissent rester dans leur entier; bâties sur des faits cliniques nombreux, recueillis récemment, à la lueur des idées modernes, elles ont été combattues surtout par des arguments datant des idées anté-pastoriennes, par MM. Leblanc, Trasbot et Goubaux; elles ne pourront être infirmées que par des faits analogues, recueillis dans les mêmes conditions, mais capables d'avoir une signification contraire à celle que leur a attribuée M. Verneuil. C'est à ses adversaires de fournir cette preuve contradictoire.

La méthode opératoire des abcès du foie présentée par M. Chauvel ressemble un peu à celle que M. le professeur Lannelongue a préconisée aux derniers Congrès de chirurgie et de la tuberculose dans le traitement des abcès tuberculeux de cet organe; elle est, en somme, très rationnelle, puisqu'elle a pour but de livrer un large passage au pus, dès que sa présence est certaine, et de favoriser l'évacuation non seulement du foyer principal, mais encore des foyers secondaires. En attirant l'attention sur ces derniers, M. Chauvel a expliqué pourquoi les abcès du lobe gauche sont plus graves que ceux du lobe droit, parce qu'ils existent rarement seuls et qu'ils peuvent se propager au péricarde.

— Dans sa réunion de jeudi dernier, la Faculté de médecine a nommé professeur d'accouchements notre ami M. Pinard, auquel nous adressons

---

sant spécimen de gentleman américain ne pouvait satisfaire ses penchants amoureux qu'avec les dames monopèdes d'une vertu douteuse. Les intéressants détails de ce fait furent écoutés avec attention par la doctoresse Fannie Dickenson et autres, et une discussion animée suivit la relation du docteur Reynolds. La doctoresse Fannie fit remarquer que le sujet relatif au gentleman américain de 50 ans faisait naître beaucoup de pensées, mais nous n'avons pas de détails suffisants pour savoir dans quelle direction.

De son côté, le docteur Clevenger s'est efforcé de démontrer à ce propos que le sens sexuel n'est qu'un dérivé, une évolution du sens de la soif; pour le docteur Kiernan, les meurtres de Whitechapel ne seraient que des exemples de perversion sexuelle. Le docteur E.-C. Spitza a aussi écrit sur ce sujet, dans le *Journal of nervous and mental diseases*, un mémoire dans lequel il défend les mêmes opinions que M. Kiernan. Ces deux auteurs sont d'avis que le meurtrier de Whitechapel fut poussé à ces crimes par des motifs sexuels; et l'élément sexuel a servi de point de départ à une longue discussion scientifique et historique. A cette occasion, on a rappelé les anecdotes ordurières qui ont été racontées sur les Césars, et que cette *vieille commère* de Suétone (c'est le *Medical Record* de New-York qui l'appelle ainsi) nous a transmises.

L'histoire du maréchal de Raiz, qu'on rappelle aussi à ce propos, est rapportée avec de nombreuses inexactitudes. Car de Raiz ne fut pas le seul Barbe-Bleue, ni le seul qui ait servi de type à ce personnage, comme on l'affirme, et au lieu d'avoir massacré 900 enfants, ou un tous les trois jours pendant huit ans, il est douteux que le nombre de ses victimes se soit élevé à un cent, ce qui est déjà bien assez. Il est douteux aussi

toutes nos félicitations. Qu'il nous soit permis de souhaiter qu'une autre chaire du même genre, mais non théorique, soit bientôt mise à la disposition de la Faculté; ce n'est pas le titulaire qui lui manquera. — L.-H. P.

---

## Hôpital Cochin. — M. le docteur Dujardin-Beaumetz.

### De la prophylaxie par l'alimentation.

Messieurs,

Dans les conférences précédentes, nous avons vu comment l'homme pouvait se préserver des maladies infectieuses par la désinfection, l'isolement, les vaccinations, il nous reste maintenant à montrer qu'on peut aussi, par l'examen rigoureux des substances alimentaires que l'homme absorbe chaque jour, s'opposer dans une large mesure soit aux intoxications, soit aux infections, soit aux toxi-infections auxquelles nous sommes exposés; c'est ce que je vais faire dans cette leçon.

Les aliments peuvent être les vecteurs d'un certain nombre d'affections, les unes éminemment infectieuses et virulentes, comme la fièvre typhoïde et la tuberculose, les autres appartenant au groupe des affections parasitaires, tænias et kystes hydatiques, les troisièmes enfin faisant partie du groupe des intoxications et résultant de la présence de ptomaïnes toxiques. Enfin nous pouvons, dans les cas d'auto-intoxication résultant d'insuffisance des divers émonctoires de l'économie, diminuer par une hygiène spéciale les dangers de l'empoisonnement et en retarder l'éclosion. Ce sont ces points que j'examinerai successivement devant vous.

Mais avant d'aborder ce sujet, je désire vous montrer, et cela aussi rapidement que possible, le rôle que jouent les micro-organismes dans la digestion. Déjà, dans des conférences précédentes, j'ai examiné les bases de l'antisepsie intestinale, je vous ai montré la production incessante de

---

qu'on doive attribuer ses massacres à une perversion sexuelle, puisque de Raiz ou de Retz avait la manie de vouloir voir Satan en personne, afin de faire avec lui quelque pacte dans le but d'en obtenir de l'argent pour refaire sa fortune dilapidée.

Ce maréchal de Raiz, un des compagnons d'armes de la pucelle d'Orléans, qu'il abandonna d'ailleurs sans vergogne sous les murs de Paris, se plongea, dit la *Biographie* de Firmin Didot, dans cet océan de mystérieuses abominations et de croyances étranges que comportait alors l'état général des esprits. Il pratiqua ces superstitions avec des raffinements de cruauté ou de folie propres à stupéfier le lecteur des textes originaux, et qui défient toute expression. Les écritures authentiques évaluent de 140 à 200 le nombre des enfants qui lui avaient servi de victimes. Il fut brûlé vif en 1440 dans la prairie de Nantes.

Quant au meurtrier de Whitechapel, il a jusqu'alors échappé aux recherches de la police, et vraiment, quand on a parcouru quelques ruelles de ce quartier perdu de Londres, ruelles tortueuses où grouille une population très nombreuse composée de toute la lie populacière de la grande ville et même du monde entier, on se demande comment on aurait pu le trouver.

* * *

Les *Annales d'oculistique* de Bruxelles viennent de publier une notice biographique du docteur Carron du Villars, par M. le docteur Juan Santos Fernandez, qui renferme des détails les plus dramatiques sur une question redevenue d'actualité, la traite des nègres.

toxines dans toute l'étendue du tube digestif et leur élimination par les urines et par les matières fécales.

Je vous ai montré aussi que certains états du tube digestif, et en particulier la dilatation de l'estomac ou bien la constipation, favorisent et la formation de ces toxines et leur pénétration dans l'économie, et qu'il faut attribuer à cette intoxication un rôle dans les phénomènes si bizarres et si multiples que présentent les dilatés d'estomac.

Je vous ai dit aussi que l'embarras gastrique devait être rapproché de ces intoxications et que son traitement consiste à neutraliser et à expulser les toxines qui ont été introduites dans le tube digestif ou qui s'y sont formées. Je ne reviendrai pas sur tous ces points, vous renvoyant à ces conférences (1). Mais je veux aujourd'hui vous montrer le rôle favorable des micro-organismes dans l'acte digestif.

Remarquons tout d'abord que la cavité buccale recèle un grand nombre de microbes, les uns favorables, les autres nuisibles, et dans un travail qui a été fait par Vignal, il a trouvé dans la bouche dix-sept espèces de ces micro-organismes qui agiraient sur les substances alimentaires; les uns digéreraient l'albumine, d'autres le gluten, d'autres la caséine, certains transformeraient l'amidon en sucre, quelques-uns intervertiraient le sucre cristallisé.

D'ailleurs ce qui se passe du côté de la bouche se reproduit dans toute l'étendue du tube digestif, et il est des microbes qui sécrètent des diastases au même titre que les autres ferments, et de même que la levure de bière sécrète de la sucrase, nous voyons certains micro-organismes liquéfier l'albumine et la peptoniser. Ainsi les bactéries charbonneuses, le vibrion de la septicémie dissolvent la gélatine et la liquéfient, de telle sorte que ces corps si dangereux lorsqu'on les introduit sous la peau pourraient jouer un rôle utile dans la digestion.

(1) Dujardin-Beaumetz, *Les nouvelles médications*, 3e édition. *De la médication intestinale antiseptique*, p. 55. Paris, 1887.

La traite était, à l'époque où Carron du Villars exerçait à l'île de Cuba, dans ses plus beaux jours. Elle a, depuis longtemps heureusement, disparu de cette belle contrée. Mais, à cette époque, elle faisait de nombreuses victimes non seulement dans la capture des esclaves, mais encore dans leur transport de l'Afrique en Amérique. Une des maladies les plus terribles dont les malheureux nègres étaient atteints était l'ophthalmie purulente. Notre confrère a donné, à cet égard, des détails navrants.

« Je ne connais pas, dit-il, le nom du malheureux qui proposa et exécuta, le premier, l'importation de la race nègre, pour la faire servir à la culture aux Antilles; mais, à coup sûr, aux yeux de tout homme ami de l'humanité, son nom doit être aussi odieux que celui du plus grand des ennemis de l'espèce humaine. La traite est un trafic horrible, infâme, mais rendu plus funeste encore par les entraves qui y sont apportées.

« En effet, pour diminuer les chances de perte que leur font éprouver les croiseurs anglais, les marchands de bois d'ébène, comme s'intitulent ignoblement les négriers, entassent les esclaves qu'ils achètent ou volent à la côte d'Afrique, dans des navires construits à cet effet; l'encombrement y est tel que ces malheureux sont cubés comme les madriers de bois auxquels on les assimile. J'ai vu emballer à la côte d'Afrique 300 nègres sur des « clippers » qui ne pouvaient pas raisonnablement en recevoir 120.

« J'ai assisté, à la Havane, au débarquement de 450 nègres extraits d'un « brick » qui ne pouvait pas en admettre décemment la moitié. Presque tous étaient atteints de l'ophthalmie purulente, qui, heureusement pour eux, avait été moins grave qu'elle eût pu être, grâce aux soins que leur avait donnés, sur le navire, un ancien étudiant en mé-

Comme l'a très bien dit Duclaux, on peut dire que le bon fonctionnement du tube digestif résulte de l'équilibre entre la sécrétion régulière des ferments digestifs et le travail des micro-organismes. Cet équilibre, il faut le reconnaître, est souvent rompu, ou bien ce sont les micro-organismes qui dominent, et cela parce qu'ils ne sont pas détruits par le suc gastrique qui a perdu son acidité, ou bien parce qu'on en a introduit une trop grande quantité, ou bien enfin parce que les résidus de la digestion ne sont pas éliminés au dehors.

Dans l'autre cas, c'est la condition inverse qui se produit, il n'y a pas assez de microbes et il y a exagération de production de ferments digestifs. C'est ce qui arrive dans cet état spécial que G. Sée a décrit sous le nom d'*hyperchlorhydrie*. L'exagération de l'acidité du suc gastrique détruit les micro-organismes, et, par cela même, trouble le fonctionnement du tube digestif et arrête la digestion intestinale.

Que l'équilibre soit rompu par l'exagération des microbes ou l'exagération des ferments, il en résulte un ensemble symptomatique, véritable intoxication dont l'embarras gastrique et les congestions hépatiques seraient les manifestations les plus fréquentes.

N'oubliez pas, en effet, Messieurs, le rôle important du foie dans cette pénétration dans l'économie des toxines produites à la surface du tube intestinal. Organe destructeur des alcaloïdes, le foie constitue une véritable barrière, une porte de sûreté qui s'oppose dans bien des cas à la pénétration de ces toxines dans l'économie tout entière; mais leur présence n'en détermine pas moins une irritation locale du foie qui se traduit par une congestion de cet organe.

Duclaux, avec juste raison, insiste en se basant toujours sur l'utilité de ces micro-organismes dans l'alimentation sur l'importance des aliments fermentés. Ils apportent, en effet, avec eux, leur contingent de micro-organismes et de ferments qui vont aider au travail digestif. Parcourez l'hygiène alimentaire de tous les peuples, vous y trouverez toujours des aliments fermentés; de là l'utilité reconnue depuis si longtemps au point

---

decine. Qui ne connait l'histoire du négrier *le Rôdeur*, qui arriva au Havre avec 19 hommes de son équipage aveugles et un seul homme demeuré valide à bord capable de conduire le navire? Qui n'a lu les émouvantes pages du « négrier » d'Edouard Corbière, sur un autre drame maritime non moins terrible?

« Bien longtemps avant lui, j'avais fait connaître, dans un mémoire envoyé au concours de la « Société des sciences médicales de Bruxelles », l'histoire horrible du négrier *la Mystérieuse;* après avoir navigué bien longtemps tout seul comme *le Voltigeur-Hollandais*, il avait été trouvé en mer chargé de morts, d'aveugles et d'affamés. Ces faits ne sont pas du roman, c'est de l'histoire vraie, contemporaine, qui se renouvelle souvent. Tout le monde sait, à la Havane, ce qui arriva à bord du navire négrier *le Cul-de-Singe* (Culo de Mono), qui, après avoir erré longtemps sur les mers, était arrivé à Matauzas avec 300 nègres aveugles, 19 hommes d'équipage aveugles, entre autres le capitaine et le commis aux vivres. J'ai pratiqué à celui-ci, dix-neuf ans plus tard, avec succès, une pupille artificielle. Tous ces noirs hors de service, et partant inutiles, furent vendus à raison de quatre à six piastres chacun et répartis dans les sucreries, pour y faire mouvoir, à la place de mules aveugles, les machines auxquelles celles-ci s'attellent.

« S'étonnera-t-on maintenant de voir figurer le chiffre de 300 que nous avons accusé plus haut, comme représentant, dans nos statistiques, celui des esclaves africains aveugles, et ne s'explique-t-on pas facilement ainsi la propagation de la maladie parmi les employés des sucreries? M. A. C..., directeur du Consulat (dépôt de nègres à vendre)

de vue digestif de certains fromages, dits *fromages faits*, la digestibilité plus grande de la choucroûte sur le choux, etc.

Mais s'il existe des micro-organismes favorables, il en est d'autres, au contraire, dont le rôle est pernicieux, et puisque j'ai parlé de la cavité buccale, je vous dirai qu'un grand nombre d'affections dentaires, et en particulier la carie dentaire, sont d'origine parasitaire. Les travaux de Miller (de Berlin) et surtout ceux de Galippe et Vignal (1) sont à cet égard absolument démonstratifs. Ces derniers auteurs ont décrit six variétés de micro-organismes qui toutes déterminent la carie dentaire. Il y a plus; il est probable qu'un certain nombre de maladies infectieuses, telles que certaines pneumonies, peuvent résulter de la pénétration dans les voies aériennes de certains micro-organismes pathogènes séjournant dans la cavité buccale.

Aussi, au point de vue de l'hygiène prophylactique, faut-il insister plus que jamais sur la nécessité de l'hygiène buccale et user surtout ici de dentifrices antiseptiques. Parmi ces derniers, je vous conseille particulièrement la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Acide phénique | 1 gr. 00 |
| Acide borique | 25 gr. 10 |
| Thymol | 0 gr. 50 |
| Essence de menthe | 20 gouttes. |
| Teinture d'anis | 10 gr. 00 |
| Eau | 1 litre. |

On doit se rincer la bouche et frotter les dents avec de l'eau dans laquelle on mettra moitié de cette solution une ou deux fois par jour, et surtout après les repas. Il serait bon que, dans nos écoles et dans l'armée, on exigeât ces soins de propreté de la bouche au même titre que ceux des mains e du visage, et je passe maintenant au cœur même de ma question, c'est-

(1) Galippe et Vignal : *Note sur les micro organismes de la carie dentaire.* (*Gazette des hôpitaux*, 2 avril 1889, p. 365 )

à Santiago, de Cuba, contracta la maladie et fut heureux de ne perdre qu'un œil. M. R..., planteur à Baracoa, devint aveugle ainsi que son mayoral et son infirmier.

« Un médecin français, établi à Sagua-La-Grande, fit, à cette époque, une belle fortune en achetant à vil prix des nègres atteints d'ophthalmie, qu'il guérissait, puis revendait; mais il paya d'un de ses yeux, et peu s'en fallut des deux, une spéculation que je laisse aux autres le soin de qualifier.

« Le traitement de l'ophthalmie qui a sévi sur les nègres, le même que celui de toutes les autres ophthalmies de ce genre, a été franchement et énergiquement antiphlogistique au début, avec débridement local et usage des escharotiques, pour tarir immédiatement la pyorrhée. Cette méthode, que l'on nomme ectrotique ou abortive, est loin d'être nouvelle : il n'y a de nouveau que les agents employés parmi les tribus arabes, maures et abyssiniennes; elle s'est conservée comme une tradition. »

Carron du Villars pensait que l'ophthalmie purulente était causée par des refroidissements, mais nous savons maintenant que cette influence banale est absolument insuffisante.

Les faits horribles rapportés par Edouard Corbière et par Carron du Villars ont été dépassés encore en horreur; dans un livre publié en 1853 par Alfred Michiels, et intitulé: *Le capitaine Firmin ou la vie des nègres en Afrique,* nous voyons l'ophthalmie purulente atteindre et aveugler successivement nègres, matelots, capitaine et le médecin lui-même. Aucun être humain ne conserva la vue, aussi le navire alla-t-il se briser sur un îlot

à-dire au rôle que joue l'alimentation dans la propagation de certaines maladies, et en particulier de la tuberculose et de la fièvre typhoïde.

Depuis que Villemin nous a prouvé expérimentalement que la tuberculose est une maladie virulente, contagieuse et transmissible, et depuis que Koch nous a montré le principe même de cette contagion par la découverte du bacille tuberculeux, l'attention des hygiénistes s'est portée sur l'idée de la possibilité de la transmission de la tuberculose par l'usage dans l'alimentation des viandes et du lait provenant d'animaux tuberculeux. Examinons séparément chacune de ces questions, celle des viandes tuberculeuses et celle du lait.

Dans le récent Congrès pour l'étude de la tuberculose qui s'est tenu en 1888 sous la présidence de Chauveau, cette question a été vivement et longuement débattue, et je renverrai ceux qui voudraient connaître les discussions faites à ce Congrès au volume où elles ont été recueillies (1).

Le Congrès a adopté la proposition suivante formulée par Butel : Il y a lieu de poursuivre par tous les moyens l'application générale du principe de la saisie et de la destruction totale pour toutes les viandes provenant d'animaux tuberculeux, quelle que soit la gravité des lésions spécifiques trouvées chez ces animaux.

Le gouvernement a donné raison à cette première conclusion, puisque, par un décret à la date du 29 juillet 1888, il a placé la tuberculose parmi les maladies que peut atteindre la loi du 21 juillet 1881 qui règle la police sanitaire des animaux.

Aujourd'hui donc, les mesures sanitaires de cette loi, applicables aux animaux tuberculeux, sont les suivantes : elles consistent dans la déclaration de l'animal tuberculeux, dans son isolement, puis dans la surveillance de l'animal malade par le vétérinaire délégué, dans l'exclusion des viandes de la consommation si les lésions tuberculeuses sont généralisées,

(1) *Congrès pour l'étude de la tuberculose chez l'homme et les animaux*, première session, 1888. Paris, 1889.

---

quelconque. Le capitaine, encore vivant, fut tiré de l'eau par un terre-neuve, le seul être animé du navire qui eût conservé ses yeux. Tout le reste périt dans les flots.

Puisse ce honteux trafic, encore en vigueur en Afrique, disparaître bientôt!

SIMPLISSIME.

---

POTION CONTRE LA MÉTRORRHAGIE. — De Sinéty.

| | | |
|---|---|---|
| Extrait de seigle ergoté ou ergotine | 4 | grammes. |
| Teinture de cannelle | 15 | — |
| Sirop de ratanhia | 30 | — |

F. s. a. une potion, à prendre par cuillerées à bouche dans les vingt-quatre heures, dans le cas de métrorrhagie grave, occasionnée par des corps fibreux. — Si l'on doit continuer longtemps l'usage du médicament, on administre la poudre d'ergot, à la dose de 40 à 60 centigrammes par jour, en deux prises, à chacune desquelles on associe 15 centigrammes de poudre de quinquina. Après quinze jours d'emploi de ce remède, on le supprime une semaine, et on le reprend pendant une égale période de temps, en surveillant attentivement l'apparition des symptômes d'ergotisme. — N. G.

enfin dans l'interdiction du lait de ces animaux tuberculeux pour la consommation de l'homme, consommation qui est autorisée si ce lait a été au préalable bouilli.

Cette possibilité de la propagation de la tuberculose par les viandes d'animaux tuberculeux est-elle véritablement démontrée? Les expériences à cet égard sont assez contradictoires. Tandis que Nocart, en pratiquant des injections intra-péritonéales à vingt et une séries de cobayes avec du jus de la viande de vingt et une vaches manifestement tuberculeuses, n'a obtenu qu'une seule fois un résultat positif; Chauveau et Arloing, dans deux séries, ont obtenu un résultat positif et Galtier, sur vingt-deux séries, cinq résultats positifs. Aussi, tandis qu'Arloing conclut au danger de ces viandes tuberculeuses et à leur fréquence, Nocart, au contraire, considère le fait comme absolument exceptionnel.

Je suis disposé à me ranger complètement à ce dernier avis; en effet, dans les observations que je viens de citer, le jus de viande est introduit directement dans le péritoine et il n'a pas subi l'action destructive du suc gastrique et de la digestion intestinale. De plus, la viande n'a subi aucune préparation, ce qui fait que ces expériences ne réalisent nullement les conditions dans lesquelles on se place ordinairement pour l'alimentation.

Les expériences de Peuch (de Toulouse) se rapprochent plus de la réalité. Il donne à deux porcelets, âgés de deux mois et demi, 5 kilogrammes de viande crue pour chacun provenant d'une vache morte manifestement de la tuberculose. Il tue un de ces animaux deux mois et demi après et trouve quelques granulations tuberculeuses dans un ganglion mésentérique. L'autre animal, tué trois mois après, ne présentait pas de lésions plus avancées et c'est à peine si on apercevait quelques granulations tuberculeuses mésentériques; tous les autres organes étaient sains.

Ajoutons que la tuberculose est beaucoup moins fréquente chez les animaux qu'on ne le suppose. Depuis l'application du décret du 21 juillet 1888, aux abattoirs de Paris, c'est-à-dire du 1er août au 31 décembre 1888, il est entré dans les abattoirs 24,724 vaches; je prends les vaches comme exemple parce qu'elles fournissent non seulement leur viande, mais encore du lait et que nous reviendrons sur ces chiffres à propos de la transmission de la tuberculose par le lait; sur ces 24,724 vaches, on a constaté 135 cas de tuberculose, ce qui représente une proportion de 0,5 p. 100.

Ainsi donc, par la rareté de la tuberculose chez les animaux, par l'action destructive de la digestion stomacale et intestinale, et enfin par la préparation que nous faisons subir aux viandes, on réduit à son minimum cette possibilité de la contagion et cela fait de cette transmission un cas absolument exceptionnel.

J'en dirai tout autant de la transmissibilité par le lait, et quoique Legroux ait affirmé que le lait de vache non bouilli est fréquemment la cause de la tuberculose chez les enfants, je persiste à considérer le fait comme extrêmement rare, et cela pour les raisons suivantes :

D'abord il faut, pour que le lait contienne des bacilles de Koch, que non seulement l'animal soit tuberculeux, mais encore qu'il porte des lésions tuberculeuses de la mamelle, qu'il ait de la mammite tuberculeuse. D'autre part, il faut aussi compter avec l'action destructive du suc gastrique sur le bacille de Koch, enfin avec la rareté des vaches tuberculeuses.

Vous savez que l'on donne à la tuberculose de la vache le nom de *pommelière;* on a soutenu que, dans les vacheries de Paris, si nombreuses et

si souvent mal installées, la pommelière est très fréquente. Eh bien! si on se reporte aux chiffres donnés par Alexandre (1), chargé de l'inspection dans les halles et marchés, on voit que c'est à peine s'il existe dans toutes les vacheries du département de la Seine douze vaches atteintes de pommelière et ajoutons, ce qui est capital, que la tuberculose de la vache n'est pas suffisante pour donner un lait tuberculeux, il faut que ses mamelles le soient. La valeur de ces vaches est assez grande, leur prix atteint près de 600 francs, aussi les nourrisseurs ont-ils intérêt à n'avoir que des bêtes en parfait état de santé. Donc, sans nier la possibilité de la transmission expérimentale de la tuberculose par le lait, il faut la considérer comme extraordinairement rare. D'ailleurs, on a un moyen bien simple d'éviter cette contagion, c'est de faire bouillir le lait ou de se servir du lait d'ânesse et de chèvre, animaux qui ont plus rarement la tuberculose.

Mais s'il est une maladie dans laquelle l'hygiène alimentaire joue un rôle prépondérant au point de vue de la prophylaxie, c'est à coup sûr la fièvre typhoïde.

La fièvre typhoïde est une des maladies qui déciment le plus nos populations, et pour s'en convaincre il suffit de se rapporter aux chiffres que le professeur Brouardel nous a donnés il y a peu de temps et qui nous montrent que, chaque année, la fièvre typhoïde enlève environ 20,000 personnes. Ces chiffres sont encore plus significatifs quand on les fait porter sur une classe donnée de la population où la fièvre typhoïde a plus de prise, je veux parler de l'armée.

De 1872 à 1884, l'armée française, qui a vu passer dans ses rangs 5,375,609 hommes, en a perdu par maladies ou accidents, 55,189, et le tiers de cette mortalité a été produit par la fièvre typhoïde; il y a eu, en effet, 151,319 hommes atteints de cette affection et la mortalité a été de 17,652. En présence de pareils chiffres, on comprend tout l'intérêt que présente cette grande question de la préservation de la fièvre typhoïde par l'hygiène alimentaire.

Depuis longtemps, on attribue à l'eau contaminée par les déjections des cholériques un rôle prépondérant dans le développement de cette maladie, et cela bien avant que les études microbiologiques nous aient fait connaître la présence du *Bacillus typhosus* dans les eaux et dans ces déjections. Ici, l'observation clinique avait depuis longtemps devancé les recherches bactériologiques; mais il faut reconnaître que ces dernières ont donné un cachet scientifique indiscutable à cette question de la contamination de la fièvre typhoïde par les eaux potables. *(A suivre.)*

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

**Séance du 27 avril 1889. — Présidence de M. E.-R. Perrin.**

**Lecture et adoption du procès-verbal.**

**La Société reçoit : les journaux et revues de la quinzaine; — les rapports sur les vaccinations à l'Académie de médecine, années 1848-1887; — les rapports de la com-**

(1) **Alexandre : *Rapport au préfet de police sur les maladies contagieuses des animaux observées en* 1888. Paris, 1889.**

mission de l'hygiène de l'enfance; — une brochure intitulée : *L'irrigation naso-pharyngienne*, par le docteur Paul Raugé, médecin consultant à Challes (Nice, 1889).

— M. Doléris termine son exposé commencé dans la dernière séance. (Sera publié.)

M. de Ranse fait remarquer qu'il a observé à Néris plusieurs femmes qui avaient subi la castration et qui souffraient autant qu'auparavant. L'opération ne leur avait apporté aucun soulagement.

M. Rougon : Il est évident, d'après tous les faits qui ont été publiés, que les opérations de castration ont été faites bien souvent dans des cas où ovaires et trompes n'étaient pas bien malades. Je crois que la castration devrait toujours être une opération de réserve, qu'il n'est permis de pratiquer qu'après avoir épuisé tous les autres moyens.

M. Abadie : Deux choses m'ont vivement frappé dans la communication de M. Doléris. D'une part, ce fait nouveau et très important au point de vue clinique, c'est qu'une fois le ventre ouvert on s'est trouvé en présence de lésions non encore décrites, alors que celles que l'on soupçonnait n'existaient pas. Ceci nous montre, soit dit en passant, l'importance de la laparotomie pour compléter et préciser le diagnostic de certaines affections abdominales encore fort obscures. D'autre part, ce qui me surprend, c'est de voir des chirurgiens de premier ordre enlever journellement les annexes de l'utérus, trompes ou ovaires, pour des lésions qui, d'après leur propre aveu, sont presque insignifiantes.

Ne serait-il pas préférable en pareille circonstance de chercher à conserver au lieu d'extirper? Si, par exemple, une trompe est dilatée, remplie de muco-pus et même de pus véritable, ne peut-on l'ouvrir, la nettoyer avec des solutions antiseptiques, sans être forcé de l'enlever?

Si on trouve sur un ovaire des kystes embryonnaires, ne peut-on les détruire avec le galvano-cautère? Il me semble que quand il s'agit des organes génitaux de l'homme on y met plus de réserves, et si, en ouvrant la vaginale, on ne trouve pas le testicule tout à fait indemne en apparence, on y regarde à deux fois avant d'en faire le sacrifice.

M. Doléris : Je n'admets pas la laparotomie exploratrice pour *faire* un diagnostic, mais je l'admets volontiers pour *préciser* un diagnostic. Il y a des chirurgiens, au contraire, qui croient la laparotomie justifiée chaque fois qu'il existe dans l'abdomen une douleur profonde, persistante.

La laparotomie a cet avantage de permettre de limiter l'opération aux lésions qui existent. Que si les annexes de l'utérus, trompes, ovaires, ne présentent que des altérations légères, je crois qu'il est sage d'agir comme le demande M. Abadie, car la castration a des inconvénients graves, celui entre autres de vouer l'opérée à la stérilité.

— M. Luc lit un mémoire sur les *opérations incomplètes de végétations adénoïdes.* (Sera publié.)

M. Abadie : Je serais très reconnaissant à M. Luc s'il voulait bien nous donner quelques explications sur le développement des tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Cette question est depuis plusieurs années à l'ordre du jour et a été l'objet de travaux importants.

Je me demande si ces produits morbides, vu leur extrême fréquence, ne seraient pas pour ainsi dire constants dans la seconde enfance, et comme, d'autre part, ils sont très rares chez l'adulte, n'est-on pas en droit de supposer que, passé un certain âge, ils disparaissent spontanément.

M. Luc : Nous avons le plus souvent l'occasion de rencontrer ces néoplasmes dans l'enfance, rarement toutefois avant la troisième année. Nous les observons aussi assez fréquemment chez les sujets pubères. Il est probable, dans ce cas, que l'affection datait de l'enfance, mais n'a pas été reconnue. Au-dessus de la vingtième année, les végétations adénoïdes sont beaucoup plus rares. J'en ai pourtant observé une fois chez un homme ayant dépassé la quarantaine, et mon observation n'est pas unique; cependant de pareils faits sont exceptionnels. Il est donc légitime d'admettre que, vers la vingtième

année de la vie, ces néoplasmes tendent naturellement à la régression. Ce n'est d'ailleurs pas une raison pour ne pas les opérer, car ils laissent, après leur disparition, des lésions indélébiles, notamment dans l'appareil auditif, lésions qu'une intervention opératoire eût pu prévenir. Ces lésions m'ont permis, dans un cas, de diagnostiquer rétrospectivement l'affection première, dans des conditions assez curieuses, qui méritent, je pense, de vous être rapportées.

Je fus consulté, il y a deux ans, par un homme d'une trentaine d'années, pour une surdité causée par une double otite suppurée, ancienne, actuellement guérie, quant à l'écoulement, mais ayant laissé, dans les caisses, des modifications irréparables. Ayant eu la curiosité de pratiquer la rhinoscopie postérieure, particulièrement facile chez ce sujet, je notai que les choanes étaient libres; mais que la voûte pharyngée était hérissée de saillies mamelonnées paraissant formées par du tissu adénoïde en régression.

Je supposai que l'affection auditive avait dû être causée, pendant l'enfance, par le développement hypertrophique de ce tissu, et sachant les modifications si caractéristiques imprimées à la physionomie par la présence de végétations adénoïdes du pharynx nasal, je demandai au malade s'il possédait une photographie de lui, enfant, et sur sa réponse affirmative, je le priai de me la montrer. La photographie qui me fut présentée le lendemain, et qui datait de la dixième année du malade, était si éloquente qu'elle aurait pu être annexée à un travail ayant trait à la maladie en question : ouverture de la bouche, physionomie hébétée, absence des plis naso-labiaux; rien n'y manquait. J'y vis, pour mon compte, la confirmation de mon hypothèse, et n'hésitai pas à rapporter les troubles auditifs, désormais immodifiables, à l'affection pharyngée actuellement disparue.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

---

## COURRIER

Nous apprenons avec une vive satisfaction la nomination du docteur Pinard à la chaire obstétricale.

La Faculté a été bien inspirée. Outre un talent dictatique incontestable, le docteur Pinard possède encore des qualités de premier ordre comme clinicien. Dévoué à l'enseignement, il continuera et achèvera dans cette chaire l'œuvre qu'il a commencée comme professeur libre et comme agrégé.

Nous lui adressons toutes nos félicitations pour un succès aussi mérité.

*La Rédaction.*

Des certificats médicaux et du droit de timbre. — Parmi les certificats que le médecin est appelé à délivrer, les uns sont soumis au timbre et les autres en sont exempts; mais le praticien est souvent un peu embarrassé pour décider *proprio motu* si le certificat qu'on lui demande rentre dans l'une ou l'autre des deux catégories. Pour lever cette difficulté la Société locale de Melun a eu l'idée, après avoir pris les informations nécessaires auprès de l'administration du timbre et de l'enregistrement, de dresser la liste de tous les certificats médicaux en faisant suivre chaque indication de la mention relative à la question du timbre.

Voici cette liste que nous divisons en trois parties pour la commodité de nos lecteurs.

*Certificats soumis au timbre* : A) Certificat de santé pour les Compagnies d'assurances sur la vie;

B) Certificat de décès pour les Compagnies d'assurances sur la vie;

C) Certificat de maladie ou d'infirmités à l'époque de la revision;

D) Certificat de maladie dans le cas d'impossibilité de se présenter lors du tirage au sort ou de la revision;

E) Certificat pour obtenir une prolongation de congé de convalescence (militaire ou civil);

F) Certificat de maladie délivré à un militaire ou à un ecclésiastique pour obtenir une saison aux eaux thermales;

G) Certificat d'infirmités pour obtenir une retraite avant l'âge voulu (prêtres, instituteurs, employés des postes, ponts et chaussées, etc.);

H) Certificat d'aptitude pour obtenir l'admission dans certaines écoles ou administrations de l'État;

I) Certificat de maladie pour être dispensé de faire acte de présence en cas d'arbitrage, de juré ou de témoignage devant les tribunaux;

J) Certificat demandé par une veuve d'employé à l'effet d'obtenir une pension de l'administration.

*Certificats non soumis au timbre :* A) Certificat de vaccine;

B) Certificat de naissance ou de décès;

C) Certificat ou rapport médical pour coups, blessures ou meurtre, sur réquisition du maire, ou du juge d'instruction, ou du procureur de la République, ou du Commissaire de police;

D) Certificat sur réquision du maire pour constater le décès d'une personne trouvée sur la voie publique par suite de maladies, de meurtre ou de suicide;

E) Certificat de maladie ou d'infirmités pour admission dans les hôpitaux ou hospices de vieillesse;

F) Certificats d'infirmités pour secours annuels du département en cas d'indigence.

*Certificats soumis ou non au timbre suivant leur destination.* — A) Certificat à une nourrice pour obtenir un nourrisson. Cette pièce ne paraît être *exempte* du timbre qu'autant qu'elle est destinée à des nourrices destinées à des enfants assistés;

B) Certificat pour les aliénés. Le certificat délivré par le médecin d'une maison d'aliénés au sujet de l'état d'un malade est *exempt* du timbre s'il a un caractère purement administratif et ne doit servir que dans l'intérieur de l'asile; par contre il est *soumis* au timbre lorsqu'il est délivré à des particuliers ou qu'il est employé dans un intérêt privé;

c) Certificat de maladie pour obtenir une indemnité pour traitement médical des administrations ou des Sociétés de secours mutuels (instituteurs, ponts et chaussées, sociétés de patronage, etc.) Cette pièce n'est *exempte* du timbre que quand elle est rédigée à la suite d'un certificat d'indigence. *(Revue médicale de l'Est.)*

— M. le professeur Ball, reprendra le cours de clinique des maladies mentales à l'Asile Sainte-Anne, le dimanche 12 mai, à dix heures du matin, et le continuera les dimanches et jeudis suivants à la même heure.

M. le docteur Rouillard, chef de clinique, médecin adjoint de Sainte-Anne fera des conférences cliniques les mercredis à quatre heures de l'après-midi.

— M. le docteur Doléris commencera son cours de gynécologie, le lundi 20 mai 1889, à quatre heures et demie et le continuera les jeudi et vendredi suivants à la même heure.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi, 13 mai 1889, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Vote sur les conclusions du rapport de la commission chargée de l'examen des titres des candidats pour les places de membres correspondants et associés étrangers. — 3. Rapport de la Commission chargée de l'examen des titres des candidats aux places de membres titulaires (M. le docteur Christian). — 4. MM. Ogier et Socquet : Intoxication par un poêle mobile. — 5. Communications diverses.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Sur la séance de l'Association générale des médecins de France.

C'est pour la trentième fois que l'Association générale des médecins de France a tenu le dimanche, 12 mai, sa séance annuelle. L'assemblée était plus nombreuse que d'habitude. Beaucoup de nos confrères de la province auront sans doute été attirés par l'Exposition, et ils auront été décidés au voyage par l'abaissement de moitié du prix des places. Pour le dire en passant, lorsque les Compagnies auront pris le parti de diminuer pour tout le monde leurs tarifs, manifestement trop élevés, le mouvement général de la population les indemnisera au-delà de toute espérance de leurs apparentes concessions.

La séance s'est ouverte à deux heures précises. M. le président, H. Roger, dans une allocution comme lui seul sait les faire, constate l'état prospère de l'Association; il met en relief les qualités et les mérites des bienfaiteurs de l'œuvre, et termine par un touchant appel à la fraternité, emprunté, selon son heureuse expression, à l'Evangile « ce vieux formulaire de thérapeutique morale » : Aimons-nous, c'est la douce loi; sachons aimer, c'est la meilleure science!

Je dirai de notre cher Président, ce qu'il a dit lui-même en rappellant les noms, — celui de Ricord, en tête, — des perpétuels donateurs de l'Association : il a lassé nos louanges. Les formules laudatives à son égard sont épuisées; tout compliment devient un pléonasme. Il a parlé, cela veut dire qu'il a charmé son auditoire, à quoi bon rien ajouter?

M. Brun « l'incomparable trésorier » présente le rapport sur la situation financière de l'année 1888. L'éloquence irrésistible des chiffres, dont il a le secret, obtient tous les ans le même succès, et nous ne pourrions, sans tomber dans des redites devenues banales, lui adresser, non plus, de compliments.

C'est, cependant, ce qu'a eu l'art de faire M. le docteur Boutin, chargé par la commission de surveillance, de contrôler (?), non, d'admirer la comptabilité de M. Brun. Son rapport, comme celui de notre trésorier, a été couvert d'applaudissements bien mérités.

M. le docteur Riant, secrétaire général, donne ensuite lecture du « Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association ». Avec M. Riant, nouveau venu parmi nos dignitaires, je suis plus à mon aise, et je puis le féliciter hautement de l'intérêt croissant avec lequel il a su faire écouter un rapport forcément long, considérable, et qui représente une somme énorme de travail. Ce rapport, parfaitement équilibré, ne laissant dans l'ombre aucune des questions qui ont été soumises, pendant l'année

1888, soit aux Sociétés locales, soit au Conseil général, est à la hauteur des plus remarquables qui aient été jamais prononcés dans nos assemblées. Je puis aussi le féliciter sur la manière dont il a lu son rapport. On n'en a pas perdu un mot, et ce n'est pas un mérite aussi commun qu'on le suppose. Les applaudissements répétés, vigoureux, prolongés de l'assistance ont prouvé à M. le Secrétaire général combien on apprécie le soin, la chaleur, l'élévation qu'il sait mettre à ses consciencieux comptes rendus.

Je ne ferais, quant à moi, qu'une très timide réserve, à propos de quelques considérations présentées par M. Riant, si je n'avais juré de ne pas même effleurer la politique. Passons.

Voici le bilan des différentes caisses de l'Association à la fin du dernier exercice :

| | | |
|---|---|---|
| Capitaux de la Caisse générale..................... | Fr. | 89.135 74 |
| Caisse des pensions viagères...................... | | 1.275.467 32 |
| La Société centrale et les Sociétés locales .......... | | 898.632 47 |
| Total...... | Fr. | 2.263.235 53 |

En outre, les rentes, qui appartiennent à ces différentes Caisses, en supposant qu'elles fussent capitalisées à 4 p. 100, représenteraient un capital d'environ 200,000 francs, ce qui porterait l'ensemble des capitaux de l'Association à 2,463,235 fr. 53 c.

D'autre part, voici la liste des secours donnés, sous différentes formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

| | | |
|---|---|---|
| La Caisse des pensions viagères a servi 80 pensions de 600 francs, et une pension de 300 francs, soit.......................... | Fr. | 48.300 » |
| La Société centrale et les Sociétés locales ont accordé à 59 sociétaires .................................... | | 14.430 » |
| Elles ont réparti entre 151 veuves, fils ou filles de sociétaires.......................................... | | 35.177 » |
| Elles ont donné à 29 personnes étrangères à l'Association .......................................... | | 1.011 » |
| Total..... | Fr. | 98.918 » |

(— Le vote de 15 nouvelles pensions de 600 francs par la réunion du lundi, 13 mai, porte à 85 le nombre des pensions fournies par l'Association. C'est un capital de 1,177,180 francs affecté à ce service.)

M. le docteur Passant, dont on connaît le zèle infatigable pour tout ce qui touche aux intérêts de l'Association, était chargé, cette année, du rapport sur les pensions, et l'on peut dire qu'il s'est acquitté de sa tâche à la grande satisfaction de tous, et à la sienne propre, s'il est permis de mesurer la satisfaction éprouvée par l'auteur d'une communication à la chaleur de l'accueil qu'on lui fait.

C'est, ainsi que l'a rappelé M. le Président, en termes émus, à la fin de la séance, d'après les conseils du rapporteur que le docteur Roth a légué à l'Association la somme de 150,000 francs, grâce à laquelle toutes les demandes de pensions, plus nombreuses cette année que les précédentes, ont pu être exaucées. Cette question des pensions est certainement une des plus importantes, pour ne pas dire la plus importante, de toutes celles qu'agite l'Association ; c'est elle qui a passionné, dès le principe, plusieurs des

membres influents et actifs de l'œuvre, peut-être parce qu'elle semblait la plus difficile à atteindre; elle a été la préoccupation constante d'Amédée Latour; elle a soutenu l'admirable dévouement de notre trésorier général; elle a suscité les élans de générosité des nombreux donateurs dont les noms sont dans la mémoire de tous, c'est elle, enfin, qui a le mieux marqué l'esprit de solidarité et la chaleur de cœur qui ont fondé, sans métaphore, la famille médicale. L'institution des pensions viagères qui, au départ, semblait reléguée dans un avenir indéterminé, est aujourd'hui pleinement réalisée.

En 1874, les premières pensions, bien modiques à la vérité, ont été allouées, et, après quinze années, non seulement le taux des pensions est sensiblement plus élevé, mais on ne repousse aucune des demandes qui sont sérieusement motivées. Sans doute, le taux en est encore bien faible, mais on peut prévoir, avec toute certitude, qu'il va s'élever rapidement d'année en année, et que bientôt il atteindra des proportions très honorables. Et puisque le moment est à la célébration des centenaires, nous pouvons, dès à présent, nous réjouir à la pensée des résultats merveilleux auxquels sera arrivée la Caisse des pensions lorsqu'elle aura cent ans. A cette époque, chaque membre de l'Association aura droit à une retraite, relativement considérable, et notre profession ne connaîtra plus les inquiétudes de l'avenir — si mauvaises conseillères — et les dénuements si tristes et si décourageants de la vieillesse. Est-il nécessaire d'ajouter que le but qu'on doit dès maintenant viser, et qui sera, il faut l'espérer, rapidement atteint, est de constituer des pensions de retraite qui seront acquises par tous les sociétaires après un nombre déterminé d'années de cotisation; pensions dont ils seront libres de disposer en faveur de qui ils voudront, s'ils n'en ont pas personnellement besoin, ainsi que cela se pratique depuis longtemps à la Société des gens de lettres? Alors les pensions seront véritablement des retraites et ne seront plus des pensions d'assistance; ce qui ne diminuera en rien la gratitude dont nous sommes pénétrés pour ce qui s'est fait dans le passé; à plus forte raison pour ce qui se fait dans le présent. Cela passe, en effet, les espérances, je le répète, des fondateurs et de tous ceux qui ont assisté à leurs efforts.

Le soir, un banquet de 150 couverts environ a réuni MM. les Présidents et MM. les Délégués des Sociétés locales, ainsi que les membres du bureau et un grand nombre de nos confrères parisiens dans les salons de l'Hôtel Continental.

Le toast suivant a été porté, par M. H. Roger, aux Sociétés locales :

Chers confrères, nous vous avons invités à notre fête de famille au moment où les citoyens des Deux-Mondes s'empressent à la splendide fête du travail, que leur donne la France dans ce Paris devenu un centre de merveilles. Vous avez répondu en grand nombre à notre appel.

Je suis heureux de saluer, dans toute l'effusion de mon cœur, nos collaborateurs fidèles, les Présidents et les Délégués des Sociétés locales, alors que nous célébrons le trentième anniversaire de notre fédération confraternelle.

Dans un temps où tout change, où tout passe, chaque année nouvelle montre toujours de plus en plus vivante et prospère notre Association bien-aimée. Pourquoi? C'est que nous savons apprécier ses bienfaits, la *liberté* qu'elle nous laisse d'être prévoyants, bienfaisants, généreux; l'*égalité* qu'elle nous assure devant les avantages de l'Association; enfin cette *fraternité* vraie qui resserre les mains, rapproche et élève les âmes.

Il y a cent ans, en ces mêmes jours, brillait l'aurore de la Fraternité française et même (ô rêves trop beaux) de la Fraternité universelle. Dans ce banquet amical, je porte un toast plus modeste et plus pratique : je bois à nos frères en Association. Oui, chers convives, qui, dans ce Congrès de l'amitié, êtes venu vous asseoir à la table familiale, emplissons nos verres de cette liqueur pétillante qui échauffe et dilate l'esprit; enivrons-nous de fraternité, liqueur céleste qui échauffe et dilate le cœur : le Congrès prochain de l'alcoolisme ne condamnera pas cette sainte ivresse.

*A nos frères, à nos amis!*

M. le docteur Laguesse (de Dijon) a répondu en ces termes au nom des Sociétés locales :

Mes chers Confrères,

Ce n'est pas sans une émotion profonde que, au nom des Présidents et Délégués des Sociétés locales, j'assume le grand honneur de répondre au toast de notre bien-aimé Président.

Je serais bien à l'aise si le cœur suffisait à la tâche; car le mien bat à l'unisson des vôtres, pour le chérir, le vénérer, et lui souhaiter les longues, très longues années d'une verte et heureuse vieillesse.

N'est-il pas *Præsidium et dulce decus nostrum*?

Mais l'éloquence du cœur ne dispense malheureusement pas de celle qui consiste à exprimer en pur langage ce que nous sentons si bien; mon insuffisance m'effrayerait, si je n'espérais pouvoir compter sur notre indulgence. Je crois avoi trouvé un moyen pour la mériter : c'est d'être bref.

Je ne vous parlerai ni de l'Exposition universelle, ni du Centenaire de 1889; je ne saurais le faire avec l'à-propos de l'inimitable charmeur que vous venez d'entendre; je veux retenir cependant un des termes de la sainte trilogie dont M. Henri Roger a évoqué le souvenir : *Fraternité* est un mot qui, synonyme de celui de *Charité*, résonne en de si parfaits accords dans la bouche de notre Président, que je veux vous prier d'applaudir avec moi, ce virtuose, infatigable semeur de mélodies sonnantes et ayant cours.

Je vous convie, sans plus long délai, à boire à notre cher Président, que nous prierons toujours, lui, de nous parler longuement; car, vous le savez, si son cœur est d'or, sa parole est enchâssée dans perles et diamants;

A notre excellent trésorier, le docteur Brun, que nous ne remercierons jamais assez pour son labeur devant lequel reculeraient peut-être les plus intrépides dévouements; c'est un culte que nous devons à ce *Deus ex machinâ*.

Aux membres du bureau et du Conseil général, à tous les collaborateurs de notre œuvre; je ne veux citer aucun nom; car il n'en est pas d'obscurs, et un seul oubli m'attirerait des anathèmes mérités.

Notre Président ne serait pas complètement heureux, si je ne terminais en buvant à la *Fraternité médicale!*

Nous regrettons bien de n'avoir pas entre les mains le toast où le docteur Motet, avec son esprit et sa bonne grâce ordinaires, a porté la santé des Conseils judiciaires de l'Association, en même temps que celle de notre excellent doyen, le professeur Brouardel.

M. Bétolaud, au nom des Conseils judiciaires de l'Association, s'est exprimé ainsi :

Messieurs,

Au nom de mes collègues de votre Conseil judiciaire et au mien propre, je remercie M. le docteur Motet pour la partie qui nous concerne dans le toast qu'il vient de porter, il rehausse tout ce qu'il dit par la bonne grâce de son esprit et par l'éclat de son talent.

Nous sommes toujours heureux de vos témoignages d'estime et de confiance, heureux surtout si nous pouvons les mériter. Nous nous félicitons des rapports affectueux que nous entretenons avec vous, en particulier avec votre très aimable Président qui a le droit de faire aimer l'autorité en sa personne, parce que chez lui elle est faite de bienveillance et qu'il l'exerce avec l'amour visible de votre association et avec un dévouement absolu à vos intérêts, il ne m'en voudra pas, je l'espère, de joindre mon témoignage à celui qui lui était rendu tout à l'heure par un des vôtres avec tant de cœur et de délicatesse.

J'aime aussi à rappeler devant vous que le Corps médical et le Barreau représentent les deux grandes professions libérales. Par ce côté, nous sommes un peu de la même famille, quelque chose comme des cousins germains qui, sortis d'une origine commune, ont suivi des voies différentes. En notre qualité de bons cousins, nous vous souhaitons d'avoir le moins souvent possible besoin de nos offices.

Ce souhait est de votre goût, puisque vous y applaudissez, mais je n'ai pas fini, et je m'empresse d'ajouter que nous souhaitons aussi pour nous-mêmes d'avoir le moins souvent possible besoin de vos services; si ce vœu est un peu égoïste, il est bien naturel, car il faut reconnaître que les maladies, même soignées par vous, sont encore plus pénibles et plus dangereuses que les procès.

Voulez-vous me permettre de porter un toast à mon tour, un toast impersonnel, un peu de circonstance, et qui pourra, je l'espère, réunir vos suffrages, la politique n'a ici aucune place, heureusement pour vous; elle contient un venin mortel dont périrait infailliblement votre Association. En organisant votre réunion annuelle, vous n'avez pas cherché un centenaire, mais vous l'avez rencontré par la force des choses, et celui-ci a un tel éclat qu'il s'impose à l'attention de tous. Un homme d'un grand esprit disai récemment, dans un discours académique : « Les centenaires ne sont la faute de per« sonne; on ne peut pas empêcher un siècle d'avoir cent ans. » Le siècle qui vient de s'écouler aura au moins une gloire incontestable que ni les passions, ni les agitations, ni les déceptions politiques ne pourront lui enlever : il sera le siècle de la science. Aujourd'hui, nous pouvons contempler les merveilles que la science a enfantées et mesurer le chemin parcouru. La navigation à vapeur, les chemins de fer, le télégraphe, le téléphone, l'éclairage électrique, le phonographe, voilà, en restant sur des points culminants, de glorieuses étapes. Et si j'osais entrer sur votre domaine, dans le champ de vos études et de vos travaux, quelles admirables conquêtes! Je ne me hasarderai pas même à ébaucher une énumération; je craindrais de me heurter, sans le savoir, à quelque controverse tenace, et je sens trop que je suis un profane qui parle devant des initiés et des docteurs. J'en citerai deux seulement, qui sont d'hier, pour ainsi dire, et qui sont désormais au-dessus de toute discussion, l'anesthésie et la méthode antiseptique. Elles ont plus fait pour le bien de l'humanité que toutes les conceptions des hommes politiques. Un siècle qui compte à son actif de pareilles découvertes sera un grand siècle devant l'histoire et devant la postérité; il sera un siècle immortel.

Je bois à la science, à ses progrès, en particulier à la science médicale et chirurgicale. Boire à la science médicale, c'est boire à vous tous et à chacun de vous, puisque tous ici vous en êtes les apôtres ou les adeptes et les serviteurs.

C'est donc en votre honneur, Messieurs, que je lève mon verre.

Puis, M. le docteur Diday (de Lyon), dans une vive et spirituelle improvisation a célébré la gloire immortelle de son maître Ricord, notre maître à tous :

Un sentiment qui frémit dans tous les rangs veut son expression, et nul plus que mo n'a de titres à s'en rendre l'interprète; à qui mieux qu'à son plus vieux disciple appartiendrait-il de porter la santé de l'immuable maître de Ricord?

Sa gloire ne date pas d'hier. Permettez-moi d'en citer un témoignage, ignoré sans doute de lui-même. Il y a cinquante-quatre ans, un de mes amis arrivait à Paris porteur d'une recommandation pour Ricord. Mais fatalité! Au moment de monter en voiture, il s'aperçoit qu'il a égaré l'adresse. A qui s'adresser? Naturellement, au cocher : « Connaîtriez-vous, balbutia-t-il, l'adresse d'un certain docteur... qui traite... d'une certaine... »

Mais jugeant le cas, l'automédon, d'un ton dédaigneusement compatissant : « Si je connais l'adresse de Ricord? Montez donc, jeune homme. »

Depuis lors..., faut-il décrire cette carrière de consolateur, d'ami, d'éclaireur, de savant. Elle est dans toutes les mémoires, son nom s'est identifié avec la spécialité. Et, certes, si l'usage avait dès lors existé comme aujourd'hui de baptiser toutes les maladies, jamais le dualisme n'aurait existé; car, syphilis et blennhorrhagie se seraient assurément appelées la *maladie de Ricord*.

Depuis un temps, Ricord se recueille sans doute, lui aussi, pour préparer son propre centenaire. Mais ce repos n'est point de l'annihilation. Professionnellement il s'abstient, moins peut-être que ne le désireraient certains collègues ; sa vie latente est celle des graines, des végétaux, qui permet quotidiennement, de huit à onze heures du soir, quelques échanges avec le milieu ambiant.

Et scientifiquement, il suffit de faire remarquer que pas une idée nouvelle n'est émise en spécialité, sans que, pour apprécier sa valeur, on ne se demande, avant tout, quel degré de conformité elle a ou n'a pas avec le système de Ricord.

Etre toujours un terme de comparaison, cela ne revient-il pas à peu près à être toujours un arbitre?

Avant de finir, je crains que, en cette circonstance, le toasteur ne fasse quelque tort au toasté; comme j'ai toujours suivi les traces de mon maître, ne pouvant atteindre à sa gloire, j'ai, du moins, quelques prétentions à imiter sa longévité. Et, par conséquent, je ne puis méconnaître que, en lui souhaitant, au bas mot, encore vingt ans de concours assidu à nos réunions, c'est vingt bonnes années que je me souhaite à moi-même. Mais ne le punissez pas de ce mouvement d'égoïsme, et unissez-vous tous à moi pour porter un toast unanime non au toujours jeune Ricord, non, à quelque chose de plus doux et de plus vrai, à l'*immortel Ricord.*

Ricord a répondu, avec cette bonhomie pleine de finesse et d'à-propos qui le rend inimitable, et dont, malheureusement, nous ne pouvons transmettre à nos lecteurs que l'impression bien incomplète et bien affaiblie.

D<sup>r</sup> Max. LEGRAND.

---

**Rapport sur un projet d'adoption d'une langue scientifique internationale.**

Lu à la Société de médecine de Paris dans la séance du 13 avril 1889.

Par le docteur COLLINEAU.

Messieurs,

La *Société philosophique américaine* de Philadelphie a, comme vous savez, pris l'initiative d'un Congrès. Ce Congrès doit tenir ses assises à Paris, cette année, au cours de l'Exposition.

Il s'agit, afin de faciliter les relations scientifiques de nation à nation, de faire choix d'une langue de nature par sa simplicité, sa clarté, sa précision à donner satisfaction aux besoins de simplicité, de clarté, de précision qu'à mesure qu'elle progresse, la science ressent plus impérieux.

Sur la proposition du docteur Nicolas, la *Société de médecine pratique* a jugé utile de mettre, sans retard, à l'étude, la question posée par l'*American philosophical Society.*

Il y fut institué une Commission aux travaux préparatoires de laquelle les principaux cercles scientifiques de Paris ont été conviés.

Vous nous avez délégués M. Bouloumié et moi, auprès de cette Commission. Je viens vous rendre compte, aujourd'hui, des résolutions qu'elle a prises.

***

Et d'abord, la lecture qu'a donnée M. Nicolas d'un mémoire très développé sur le sujet, a appelé l'attention sur les aspects nettement tranchés qu'il est susceptible de

revêtir. L'effet direct de cette lecture a été, on peut le dire, de mettre les esprits en garde contre les hasards de certains entraînements.

Partant, en effet, de ce double principe, à savoir : « 1° Qu'une langue scientifique est nécessaire; 2° qu'aucune des langues connues, nationales ou artificielles, ne répondant aux besoins, il fallait créer une langue nouvelle. » M. Nicolas entrait d'emblée dans l'exposé détaillé des conditions que devrait réunir cette nouvelle langue artificielle que, pour les usages de la science, il était à son sens urgent de créer.

Les considérations multiples qui se rattachent à la *prononciation*, à la *grammaire*, à la *syntaxe*, à la *lexicologie*; puis aux mots *identiques*, *transformés* et *artificiels* faisaient tout à tour, de sa part, l'objet d'examens corrélatifs. Et, pour conclure, « j'osais dire, au mois d'octobre dernier, déclarait-il, que la fabrication d'une langue internationale me paraissait la chose du monde la plus simple. Je n'ai pas voulu en avoir le démenti ».

Trancher ainsi, par une négation sommaire : « aucune des langues nationales connues ne répond aux besoins », le premier terme du problème; puis se complaire dans de compendieux développements sur le second : « il faut créer une langue nouvelle », n'était-ce pas courir risque de fourvoyer l'opinion? Voilà ce qui, de suite, a sauté aux yeux de tous.

Elle aussi, la *Société zoologique* avait cru devoir faire accueil à l'ouverture de la *Société philosophique américaine*. Par l'entremise de son secrétaire général, M. Blanchard, elle a fait connaître les conclusions du rapport rédigé à ce propos par deux de ses membres, MM. Chaper et Fischer. Lecture en a été donnée à la Commission. En raison de l'intérêt tout spécial qui s'attache, pour les recherches zoologiques, à l'adoption d'une langue internationale écartant toute confusion, il y a lieu, ce me semble, de rappeler ici les termes mêmes de ces conclusions :

« 1° La *Société zoologique de France* adresse à l'*American philosophical Society* de chaleureuses félicitations pour son initiative et des remerciements pour sa très intéressante communication du 12 mars;

« 2° Elle s'associe au mouvement provoqué pour ladite Société américaine en faveur de l'adoption d'une langue scientifique universelle, dans laquelle, d'un commun accord, seraient rédigés tous les documents prétendant à prendre rang dans les découvertes et connaissances formant le fonds commun de l'humanité ;

« 3° Elle approuve hautement la réunion d'un ou plusieurs Congrès ayant pour objet l'examen de cette question ;

« 4° Elle déclare son intention de proposer et soutenir devant ce ou ces Congrès, comme langue scientifique internationale, l'une des langues vivantes existantes;

« 5° Elle conseille que les ouvrages ou parties d'ouvrages relatifs à la *systématique* continuent à être écrits en latin, jusqu'à l'adoption définitive d'une langue scientifique internationale;

« 6° Elle est d'avis que le volapük soit rejeté pour cet usage comme ne présentant pas les conditions requises. »

Tel est le texte des conclusions prises par la *Société zoologique*.

*
* *

Eh bien, Messieurs, dans le sein de la Commission, sous bénéfice des informations qui précèdent, la discusion s'engagea, en premier lieu, sur la question de savoir si, comme l'avançaient la *Société philosophique américaine* et la *Société zoologique de France*, il était utile d'adopter pour les rapports scientifiques une langue qui deviendrait internationale.

L'unanimité — il est aisé de le prévoir — n'eut pas grand'peine à s'établir sur ce point. Les motifs qui militent en faveur de la motion ont trop de poids et sont trop nombreux pour qu'il soit nécessaire de les déduire l'un après l'autre, et loisible de les faire sentir un à un.

Oui, a-t-on reconnu, l'adoption d'une langue scientifique internationale est chose d'indiscutable utilité.

*
* *

Vint ensuite la question plus complexe, plus scabreuse du choix.

Pour en faire la langue scientifique universelle, s'arrêterait-on à une langue morte, au grec, ou mieux, au latin?

S'adresserait-on à une langue nationale vivante, et sur quelles bases, pour être impartiale, devrait reposer la sélection?

Entrerait-on dans les vues de M. Nicolas, et, frappant avec lui d'ostracisme les langues naturelles ayant cours, se risquerait-on sur le terrain glissant de créations toujours plus ou moins exclusives et inévitablement arbitraires?

Nous sommes loin du temps où les fortes têtes de la Sorbonne traitaient avec dédain Ambroise Paré, pour ce que cet infime barbier, qui n'avait pas eu l'heur d'être élevé au collège des révérends pères de la Foi, avait le mauvais goût d'écrire en bon et clair français des œuvres magistrales. On a pu s'en convaincre au courant d'opinion qui, de prime saut, se fit jour au sein de la Commission.

Par un vote unanime, elle rejeta les langues mortes.

*
* *

Arrive, à présent, le point délicat.

Existe-t-il une langue dont la syntaxe ne soit pas par trop compliquée, dont la précision défie l'équivoque, dont la prononciation soit assez aisée, et dont enfin, grâce à la richesse de sa littérature et à la facilité avec laquelle les peuples qui en parlent une autre usuellement, parviennent à s'assimiler la structure et les termes? En outre, cette langue, si elle existe, est-elle d'un usage d'ores et déjà suffisamment répandu pour qu'il soit possible d'en faire l'organe officiel des rapports scientifiques internationaux?

Ou bien, répudiant cette manifestation des laborieux et puissants efforts accomplis, dans son évolution, par une race, va-t-on se substituer à l'œuvre patiente du temps et se targuer de faire en un tour de main, de toutes pièces, ce qu'à défaut de transformations lentes et successives, à défaut d'un sol fertile et d'un milieu social propice, la nature elle-même ne fait point?

Dans cette dernière éventualité, notons-le, l'embarras n'était que reculé. Laquelle des langues artificielles — il en est jusqu'à quatre que l'on peut compter — sera celle à laquelle il conviendra de recourir? Est-ce au volapük? Outre qu'à l'heure actuelle il est battu en brèche pour cause d'insuffisance, de plus d'un côté, il n'a trouvé grâce ni devant la *Société philosophique américaine*, ni devant la *Société zoologique;* or, encore un coup, l'adoption d'une langue scientifique universelle est pour celle-ci un besoin particulièrement pressant.

Est-ce à la *pasi-lingua* préconisée en Allemagne par Steiner? Est-ce à la *langue internationale,* partie latine, partie tudesque, partie française opposée aux précédentes en Pologne par Samenhow? Est-ce à cette autre *langue internationale* récemment créée, *fabriquée* (pour employer les propres expressions de l'auteur) par M. Nicolas, à Paris? Est-ce à telle ou telle autre combinaison de même ordre dont à l'heure qu'il est, peut-être, quelque cerveau de grammairien érudit est en incubation et dont l'avènement menace?

Si savantes, si complètes, si ingénieuses soient-elles, toutes ces conventions de langage, vous l'estimerez comme moi, Messieurs, ont un vice rédhibitoire. Ce vice rédhibitoire, c'est précisément leur caractère artificiel. Consacrer ses efforts à *créer* une langue est vouer ses efforts à un inévitable avortement. Rien ne se crée; tout se transforme.

Ah! s'il ne s'agissait que d'un certain nombre de formules abréviatives intelligibles entre négociants et propres à simplifier les transactions industrielles et commerciales; ou bien encore, en temps de guerre, de signaux assez précis, assez divers pour faciliter l'entente entre belligérants, tout en faisant remarquer que c'est chose de pratique courante et quotidienne, nous applaudirions aux perfectionnements capables d'amener la généralisation de commodes procédés. Mais, ne nous y trompons pas, ce n'est nullement là, ce à quoi l'on tend. C'est le domaine de la littérature scientifique que les promoteurs de langues artificielles prétendent envahir; et pour preuve, c'est ce qu'ils proclament. A les

entendre, le fruit de leurs élucubrations possède déjà sa littérature. A vrai dire, cette littérature n'a rien, jusqu'ici, de positivement monumental. Deux courtes brochures, plus la traduction d'une pièce de théâtre, tel en serait, si je suis bien informé, l'inventaire au grand complet. Il n'y a pas là, j'imagine, de quoi éclipser la mémoire des Shakespeare, des Gœthe, des Hugo, qui, eux, ont tout bonnement écrit en la langue de leur pays. Mais il y a là, à tout prendre, une tendance malsaine. On dit : la langue artificielle décline toute prétention à l'élégance et à la grâce. — Nous le croyons. — Elle exprime le fait dans sa sécheresse; elle expose la vérité dans sa nudité. — C'est bien. Mais, pour se tenir sur le terrain purement scientifique, depuis quand l'habileté dans la manière de présenter une doctrine, la forme lumineuse dans l'expression de la pensée, la limpidité de style dans la description des phénomènes observés, la vivacité dans la polémique, depuis quand de telles qualités, si rares et si enviables, ont-elles cessé d'avoir une large part dans la propagation des idées dont on est soi-même pénétré? Est-ce que les œuvres de Cabanis, est-ce que celles de Bichat, de Malgaigne, de Trousseau, de Félix Voisin et de tant d'autres auteurs tour à tour laconiques, éloquents et diserts qui sont l'honneur de notre profession, auraient gagné à être écrites et lues en une langue intentionnellement incolore et fade? Car toute langue artificielle est fatalement condamnée à l'être, sous peine de faillir à sa destination.

On décrète « l'uniformité de prononciation ». — C'est bien facile. En dépit de tout injonction, même avec la meilleure volonté du monde, lorsqu'un Allemand aura à exprimer, par occurrence, le mot : *je suis aimé* qui, dans la langue de M. Nicolas se dit : *mi lovuta*, il prononcera toujours : *mi lofuda;* de même que la phrase : *il s'est lavé*, *li ba lavet se*, deviendra, sortant de sa bouche : *li pa lafed se*. A bientôt des corruptions phonétiques, sans nombre; à court délai l'apparition de dialectes antagonistes; et, à un moment donné, une inextricable confusion. Tel est l'avenir.

Une Académie, réplique-t-on, régira la correction de la langue. — Quelle Académie? Et où les sages prescriptions de cet aréopage trouveront-elles, je vous prie, leur sanction? Et puis, comme le fait remarquer avec tant de justesse le docteur Jasiewicz (1). « Cette Académie sera-t-elle stable elle-même? n'aura-t-elle pas ses schismes? C'est probable, sans compter qu'il faudra bien accepter les modifications nécessitées par la transformation des idées, les progrès de la science et les fluctuations des temps. »

On l'avoue, non sans quelque candeur, ce que l'on rêve de fonder sous le titre dès lors un peu bien ambitieux de *Langue scientifique internationale artificielle*, ne saurait être rien de plus, au demeurant, qu'un jargon. Oh! en pareil cas, je m'associe pleinement aux paroles du docteur Ducor (2) dans son rapport à la *Société médicale du XVII<sup>e</sup> arrondissement*. « Les savants, dit-il avec raison, ne peuvent s'accommoder d'un jargon ou d'une langue créée par suite d'un assemblage de syllabes sans expression aucune. » Vous partagerez cet avis, j'en suis convaincu.

Non, Messieurs, si jamais on a erré dans le royaume d'Utopie, c'est, en la circonstance, assurément.

A franchir les limites, nettement circonscrites pourtant, des applications commerciales, maritimes ou tactiques, les promoteurs de langues internationales artificielles s'aveuglent. A mettre le pied dans le domaine de la science, ils désertent le champ sur lequel leur ingéniosité aurait pu librement et légitimement s'exercer. Ils négligent une question préalable; et cet oubli masque à leurs propres yeux une impuissance radicale. L'entreprise, en effet, est irréalisable en soi.

*
* *

Qu'est-ce qu'une langue? Voilà la question préalable que l'on semble avoir parfaitement omis de se poser.

Le langage est une manifestation formelle de la vie. Toute langue partage le sort

(1) Jasiewicz : *Observations générales sur le projet d'adoption d'une langue scientifique internationale*. (*Union médicale* du 12 et du 15 janvier 1889.)

(2) Ducor : *De l'adoption d'une langue scientifique internationale*. Compte rendu présenté à la Société médicale du XVII[e] arrondissement. (*Union médicale* du 9 février 1889.)

commun aux organismes. Toute langue a sa vie propre marquée par les périodes successives et inéluctables selon lesquelles se déroule son invariable évolution.

Née du génie de la race qui en doit faire usage, elle a, de même que la civilisation au sein de laquelle elle a cours, son âge de formation, son âge de croissance, son âge de plénitude et son âge de vétusté, de décadence. Sous ses débris, comme sous les ruines de la civilisation dont elle a puissamment contribué à faire la grandeur, se cachent les rudiments et d'une civilisation nouvelle et d'un langage nouveau approprié aux conditions d'existence qui préludent, à des conditions d'existence qui ne tarderont pas, à leur tour, à prendre corps. Ce n'est pas un anéantissement, c'est une renaissance.

Si, par l'étude de l'anatomie comparée des formes plus ou moins bien conservées du langage, nous nous livrions à l'analyse méthodique de ses éléments, avec William Jones nous serions frappés des liens de parenté qui semblent exister entre le sanskrit, le persan, le grec, le latin, les langues germaniques et les langues celtiques; avec Bopp nous toucherions du doigt les preuves de cette parenté; avec Chavée nous reconnaitrions que toutes les langues indo-européennes ne sont que des variétés d'une langue unique; avec Schleicher nous parviendrions à les suivre dans leurs différentes transformations et à déterminer les lois fondamentales de leur variabilité; avec Hovelacque et Vinson, enfin, nous saisirions comment elles vivent et aussi comment elles meurent.

Bornons-nous à constater un fait, un fait que l'on ne manque jamais d'observer, pour peu que l'on porte ses investigations sur une langue parvenue à sa période d'état, à son âge de virilité. D'abord, plus la langue-mère avait eu, en son temps, de richesse; plus les idiomes auxquels elle a servi de base à son déclin, ont, à leur tour, de vitalité et d'éclat. Ensuite, plus la civilisation marche d'un pas rapide; plus aussi la vie de sa langue est précipitée. C'est ainsi que les idiomes d'origine latine : le français, l'espagnol, l'italien, sont notablement plus avancés dans leur évolution que les langues germaniques et slaves. Ils ont suivi pas à pas, dans la brillante carrière qu'elle poursuit depuis tantôt vingt siècles, la civilisation latine. Ils en ont été l'expression intime.

Enfin, et surtout, c'est lorsque la liberté est unie aux arts et aux sciences; c'est chez les peuples à la fois parleurs, agricoles et industriels, — chez les peuples producteurs en un mot, — que la langue acquiert le plus haut degré de perfection. Lucide, assurée chez les peuples libres, elle devient obscure et hésitante chez ceux que le despotisme a courbés.

C'est là, je le répète, un fait de constante observation.

Eh bien, la conclusion est facile. Toute langue a *une vie*, et les péripéties de son existence propre concordent avec celles de la civilisation où elle a cours. Voilà la loi fondamentale qui régit toute l'ethnographie linguistique moderne; la loi que, désormais, il n'est pas permis de transgresser.

Ne vous semble-t-il pas maintenant, Messieurs, qu'il y ait pour le moins témérité, inconséquence, à prétendre substituer on ne sait quel être de raison, on ne sait quelle phonétiopie plus ou moins arbitrairement ordonnancée, à cet être pourvu de vie qui fait partie intégrante de la nation, qu'a infanté le génie de la race, qui a grandi côte à côte avec lui, et qui, dans la lutte de peuple à peuple pour l'existence peut fournir, en des jours de crise, un précieux auxiliaire, un irrésistible appoint? Et la présence, dans le domaine de la science, de cet être sans passé, sans généalogie, sans caractère, sans couleur, sans essor, sans avenir, s'érigeant en pâle interprète de connaissances acquises au prix de labeurs opiniâtres, ardents, passionnés, ne la repousseriez vous pas à l'égal d'une intolérable intrusion?

C'est ce qu'a décidé la *Société philosophique américaine*; c'est ce qu'ont déclaré les membres de la *Société zoologique*; c'est ce qu'ont résolu nos collègues de la *Société médicaie du XVII*e *arrondissement;* c'est ce que vous pensez à votre tour.

En tout état de cause, Messieurs, au sein de la Commission, c'est l'opinion qui a triomphé.

*
* *

**Restait, en dernier lieu, à faire un choix entre les langues nationales. Ici la plus**

prudente circonspection était de mise. C'est un peu entre Charybde et Scylla qu'on louvoyait. Il y avait à éviter deux écueils : celui d'être taxé de *chauvinisme*, celui d'être taxé de timidité.

Il a été procédé par voie d'exclusion.

Ne pouvaient songer à entrer en ligne les langues d'apprentissage et de prononciation difficiles, dont la syntaxe se prête aux inversions dans le courant de la phrase et au rejet du verbe tout à la fin. La richesse de ces langues peut être au-dessus de tout conteste. Leur complexité de structure ne les condamne pas moins à une irrémédiable obscurité. La pensée s'y dégage avec une inévitable et mortelle lenteur; elle y demeure voilée, vague et comme enveloppée de nuages plus ou moins épais. En ces langages-là, on risque incessamment, ou bien de se perdre dans la profusion des détails, ou bien de ne pas entrer dans le vif du sujet. Il y reste constamment, et quoi qu'on en ait, une porte entre-bâillée à l'équivoque.

C'est le cas des langues germaniques. Les langues germaniques ont été éliminées.

Au même degré que le sanskrit, le persan, le grec, le latin, l'allemand, etc., les langues slaves constituent une des variétés d'un même type générique. Elles ne sont pas représentées elles-mêmes aujourd'hui par moins de huit idiomes.

Dans la Russie du nord, c'est le *grand russe*; dans la Russie du sud et dans une partie de la Galicie, c'est le *ruthène* ou *petit russe*; dans la Prusse méridionale et en Saxe, c'est le *slave de Lusace*; au nord de l'Autriche, c'est le *tchèque*; ailleurs, c'est le *polonais*, le *bulgare*, le *slovène*, le *serbe*, qui sont parlés.

Une telle diversité est en opposition absolue avec les qualités que l'on est en droit de requérir d'un instrument d'unification.

Les langues slaves ne pouvaient aspirer à fournir l'élément d'une langue scientifique internationale.

Par le touffu de leur abondance, l'harmonie de leur sonorité, la chaleur de leur coloris, l'italien et l'espagnol, d'un apprentissage si facile et d'une prononciation si musicale, se prêtent beaucoup mieux aux récits imagés de la littérature et aux inspirations de la poésie qu'à la précision rigoureuse, qu'à la lucidité froide et égale du langage scientifique.

L'italien et l'espagnol ont été mis de côté.

*
**

Bref, l'anglais et le français sont entrés en lice.

L'anglais est plus répandu que le français.

Il est d'un apprentissage plus facile; mais la prononciation correcte en est, pour ne pas dire impraticable, tout au moins hérissée de difficultés. Or, de nos jours plus que jamais, la science se fait besoin de la parole du maître, autant que de la plume l'écrivain.

La langue française est, de la part des autres nations, d'une assimilation particulièrement aisée.

Son emploi est très généralement répandu. Aucune n'est plus étudiée. En beaucoup de pays, en Autriche-Hongrie, en Russie, en Suède, en Danemark, on en use volontiers pour l'expression des choses de la science; et nombre d'écrits scientifiques imprimés à la fois en français et dans la langue du pays sont publiés, les deuxt extes en regard.

La précision, la clarté, la sobriété du français défient toute comparaison, et ne laissent aucune place à l'équivoque. Pour y rendre la pensée ténébreuse et indéchiffrable, il faut s'y donner plus de mal que pour la faire briller d'un pur éclat. Voilà pourquoi, sans doute, en un jour de sincérité, les Gouvernements ont fait d'elle la langue officiellement diplomatique.

Quel est le motif plausible qui s'oppose à ce qu'à un titre non moins officiel, elle devienne, pour le plus grand bien des relations scientifiques, la langue internationale?

Il y a plus. Il y a des précédents; il y a ce qu'en termes juridiques on appelle un commencement d'exécution. Depuis quelque vingt ans, dans la très grande majorité des Congrès scientifiques internationaux, le français a été tout spontanément, en quelque sorte d'instinct, préféré par les orateurs qui se sont mêlés aux discussions.

Selon la judicieuse remarque de Ducor, « adopter le français comme langue scientifique internationale, ce n'est même pas innover, c'est constater, c'est continuer ce qui est; c'est faire œuvre véritablement scientifique et humanitaire, puisque c'est favoriser l'échange des idées entre les hommes sans troubler une évolution naturelle. Non seulement en France, en Suisse, en Belgique, non seulement dans nos colonies d'à présent et d'autrefois, au Canada, à Maurice, dans la Louisiane mais; en Egypte, en Russie et dans tous les pays d'Orient le français est parlé par tous ceux qui s'intéressent aux sciences et par tous les amis du progrès ».

On ne saurait dire plus vrai. Et, en présence d'une aussi ferme manière de voir, il ne reste, ce me semble, à faire qu'une chose : s'y associer.

Tel fut, en effet, l'avis de la majorité dans le sein de la Commission. Elle a résolu de soutenir, à la tribune du Congrès, l'adoption du français à titre de langue scientifique internationale.

*
* *

Comme confirmation des décisions prises par la Commission émanée de la *Société de médecine pratique* et près de laquelle vous nous avez fait, à M. Bouloumié et à moi, l'honneur de nous déléguer, voici maintenant, Messieurs, les conclusions que je vous propose de ratifier par un vote :

1° Il est de haute utilité d'adopter une langue scientifique internationale.

2° Aucune langue artificielle n'est, ni ne peut être de nature à remplir les conditions requises; aucune ne donnera, à cet égard, satisfaction aux exigences de la science.

3° C'est parmi les langues nationales vivantes qu'il convient de choisir celle qui est appelée à devenir la langue scientifique universelle.

4° Déjà adoptée à titre de langue diplomatique, la langue française est de nature à remplir les conditions voulues. Comme langue scientifique internationale, il y a lieu de proposer et de soutenir l'adoption de la langue française.

5° Pour l'initiative qu'elle a prise de réunir à Paris un Congrès en vue de l'adoption d'une langue scientifique internationale, la *Société philosophique américaine* de Philadelphie a droit aux chaleureuses félicitations de tous les corps savants français.

*Le rapporteur*, Dr Collineau.

Les conclusions du rapport ci-dessus mises aux voix sont adoptées à l'unanimité des suffrages.

Pour extrait du procès-verbal :

*Le secrétaire général*, Dr Christian.

## REVUE DES JOURNAUX

**Emploi de la noix vomique dans la débilité cardiaque.** — Le journal anglais *The Lancet*, dans son numéro du 2 mars 1889, a fait connaître deux cas qui intéressent les praticiens, et qui lui ont été communiqués par le docteur Bowie. — Une dame âgée de 42 ans souffrait plus ou moins de bronchite et de sténose mitrale depuis trois ans. Le docteur Bowie la trouva dans l'état suivant : visage pâle et anxieux, lèvres livides, respiration courte et rapide, pulsation artérielle au poignet à peine appréciable, nausées, vomissement fréquent de mucosités, effroi des aliments et de l'attitude horizontale. Cet état morbide avait débuté, dix heures avant la visite du médecin, par une douleur à l'épigastre; toutefois, quoique les autres symptômes eussent augmenté, cette douleur restait stationnaire. Le docteur Bowie prescrivit la teinture de noix vomique à petites doses, d'abord toutes les demi-heures; puis, après la quatrième dose, d'heure en heure. Les conditions normales furent rapidement rétablies. — Le second fait est celui d'un individu de 49 ans, qui était atteint depuis quelques années d'une insuffisance mitrale avec un léger degré de bronchite. Un refroidissement avait produit une pneu-

monie lobaire du côté gauche, qui avait suivi son cours pendant cinq jours, et alors le malade avait subi l'influence d'un épais brouillard. A la visite du docteur Bowie, pouls faible, rapide, irrégulier, facilement compressible, extrémités froides, sueur visqueuse sur tout le corps, visage livide, douleur intense correspondant à la pointe du cœur, respiration courte et précipitée. Le malade avait commencé l'usage de la digitale deux jours avant cette crise. Elle fut supprimée et on lui substitua la teinture de noix vomique. Ce nouveau traitement remit le malade, et en vingt-quatre heures la douleur cardiaque cessa entièrement. (*The therap. Gaz.*, 15 avril 1889.) — R.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 mai. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Discussion sur le drainage. — Gangrène causée par l'acide phénique. Calculs du rein.

M. Nicaise regarde le drainage comme ayant rendu de grands services et ayant contribué au succès de la méthode antiseptique. La suppression serait souhaitable, mais il faut toujours songer au suintement des plaies, qui est du reste augmenté par le lavage à l'eau phéniquée forte.

Actuellement, M. Nicaise ne lave les plaies qu'avec une éponge imbibée de liquide antiseptique; l'exsudation est beaucoup diminuée, et il peut retirer le tube dès le deuxième jour.

M. Lucas-Championnière n'a pas changé d'opinion à propos du drainage depuis la communication de M. Defontaine; les essais de suppression qu'il a tentés ne lui ont pas donné de bons résultats. Il a fait récemment une résection du genou par le procédé de M. Bœckel et a observé que son malade avait beaucoup plus souffert que quand il opérait comme il en a l'habitude. La température s'est aussi légèrement élevée. La douleur est à éviter soigneusement, car, si l'opéré est indocile, il peut survenir des mouvements nuisibles. M. Lucas-Championnière supprime le drainage dans les opérations abdominales, mais, en dehors d'elles, il en est partisan; quand il s'agit du genou, il enlève le tube du dix-huitième au vingtième jour.

Le lavage des plaies est dangereux et les accoucheurs ont tort de faire de grandes injections; c'est, du reste, l'opinion de Lister, qui a recommandé d'user le moins possible de l'antiseptique, afin d'épargner les éléments anatomiques. Quand l'antisepsie est bien faite, le lavage de l'abdomen, tel que le recommande Lawson Tait, devient lui-même inutile. Il faut conserver le drainage, car il offre beaucoup d'avantages et peu d'inconvénients.

M. Desprès est aussi partisan du drainage, surtout quand il s'agit de plaies opératoires. Des liquides se produisent à la surface de la plaie; il est donc de la plus haute importance d'en assurer l'évacuation, et on peut comparer le drain à une soupape de sûreté qui est d'autant plus utile que l'on recherche davantage la réunion par première intention. Cette dernière peut, du reste, être obtenue sans antisepsie et même sans drainage.

M. Kirmisson a pu constater que Lister ne faisait jamais le lavage des plaies. Il a, lui aussi, essayé de supprimer le drainage et a pu obtenir la guérison; mais parfois la cicatrice se rouvrait pour évacuer la sérosité qui s'accumulait dans le vide opératoire.

Actuellement, M. Kirmisson met des drains, mais les enlève de très bonne heure, et la guérison, par cette pratique, survient rapidement. Il supprime l'emploi du drain pour les ovariotomies et quand des plaies relativement petites permettent de faire un affrontement parfait.

M. Pozzi parle aussi en faveur du drainage.

M. TERRIER pense que l'on ne peut établir de règles précises et qu'il faut agir selon les cas. Quand on est sûr d'avoir une plaie absolument aseptique, on peut ne pas employer le drainage; si l'on a le moindre doute, il faut drainer, qu'il s'agisse ou non d'une ovariotomie ou de toute autre opération.

— M. OLLIER communique des observations de résections de l'astragale et du calcanéum, et montre de nombreuses photographies. Dans un des cas, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui a subi l'ablation des deux os il y a quatre ans, et qui, actuellement, peut faire 75 kilomètres à pied, malgré la flexion du gros orteil.

On peut conclure que l'opération que préconise M. Ollier donne de bons résultats.

— M. MONOD présente une jeune fille de 19 ans ayant eu, à la suite de bains phéniqués prolongés, une gangrène sèche du pouce de la main droite, qui est devenu sec, corné, mais à partir du milieu de la première phalange. L'extrémité du doigt est petite, effilée, comme ratatinée. La limite est très nette entre les parties mortes et les vivantes, et forme un sillon perpendiculaire à l'axe du doigt. L'accident est survenu à la suite de nombreuses immersions du doigt dans une solution dont la malade ne peut indiquer le titre; chaque immersion durait un quart d'heure et elles ont été répétées pendant quinze jours de suite.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE et d'autres membres de la Société ont noté, dans plusieurs faits, des gangrènes causées par l'acide phénique.

M. TERRILLON a observé des cas semblables à l'Institut Pasteur, à la suite de traitements de morsures des doigts.

— M. Ch. MONOD montre un rein qu'il a enlevé chez une femme de 40 ans qui souffrait de crises douloureuses suivies de l'expulsion de graviers; ces crises avaient débuté à l'âge de 12 ans. C'était un cas de calculs du rein. L'organe formait une poche polykystique remplie de calculs de toutes dimensions. Une pierre ramifiée à plusieurs branches occupait le bassinet. Le volume varie entre celui d'un pépin de pomme et celui d'un grain de raisin. Ils baignaient dans une collection séro-sanguine, mais ils n'y avait pas de pus.

## FORMULAIRE

### MIXTURE CONTRE LE FURONCLE. — Halle.

| | | |
|---|---|---|
| Teinture de fleurs d'arnica | | 10 grammes. |
| Acide tannique pulv. | ââ 5 | — |
| Gomme arabique pulv. | | |

Faites dissoudre. — On étend ce mélange, à l'aide d'un pinceau, sur le point où siège le furoncle, et sur les parties environnantes. Toutes les quinze minutes, on répète l'opération, jusqu'à ce qu'il se soit formé une couche épaisse et résistante. La douleur est immédiatement apaisée, et le furoncle avorte. — N. G.

## COURRIER

— Par arrêté ministériel, en date du 4 mai 1889, ont été nommés :

*Officiers de l'Instruction publique.* — MM. les docteurs Brassac, médecin en chef de la marine; Canonge, colonel du 139e de ligne; Donadieu, à Paris; Dujardin-Beaumetz, médecin-inspecteur; Hoffmann, à Paris; Lux, médecin-major de première classe; Millon, à Marseille; Omouton, à Yvetot; Perrin et Philbert, à Paris; Quelet, à Hérimoncourt; Séailles, à Paris; Seure, à Saint-Germain-en-Laye; Villard, à Guéret; Boisson, à Besançon; Lanelongue, à Bordeaux; Olivier, à Rouen; Richer, à Amiens; Bondet, à Lyon; Legludic, à Angers; Huet, à Paris; Netter, à Nancy; Carof, à Brest; Caviole, à Cahors.

*Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Bastion, à Lannion; Bataille, à Saint-Gervais; Bérenguier, à Rabastens; Boitard, à Boynes; Cancalon, à Charenton; Cassius, à Layrac; Colliac, à Penne; de Crésantigues, à Paris; Crivelli; Czernicki, médecin-principal à Mascara; Dautel, à Paris; Delamarre, à Séez; Doit, à Paris; Duchâteau, à Brest; Dupré, médecin-major au 122e d'infanterie; Gagey, à Pouilly-en-Auxois; Galup, à Tonneins; Gérard, à Moncornet; Gonpil des Pallières, à Sens; Guérin, à Blois; Guernier, à Balleroy; Jacquemart, à Paris; Jomard, à Beaujeu, Jouenne, médecin de la marine; Kopff, médecin-major à Paris; Lavit, à Cessenoy; Lecerf, à Valenciennes; Lecler, à Rouillac; Magalon; à la Bouille; Magnant, à Paris; Marc, médecin de première classe de la marine, à Pékin; Noël, à Machaud; Pachot, à Vincennes; Plateau, à Paris; Silhol, à Bourg-Saint-Andéol; Stœber, à Nancy; Suberbie, à Paris; Subert, à Nevers; Tailhade, à Castelnau; Montratier, Tournet-Desplantes, à Nogent-le-Rotrou; Veil, à Paris; Veyrat, à Chambéry; Weill, à Paris; Bouhut (F.), à Paris; Thomas, à Randan; Sézary, à Alger; Boursier et Arnozan, à Bordeaux; Pihier, à Caen; Gallois, à Grenoble; Lemoine, à Lille; Poncet, à Lyon; Mairet et Granel, à Montpellier; Bagnérès et Thouvenin, à Nancy; Raymondaud, à Limoges. Blin, à Rennes; Leduc, à Nantes; Lamic, à Toulouse; Bréjeon et Liénard, à Paris.

MM. Lemaire, secrétaire de la Faulté de médecine de Bordeaux; Dupuy, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Paris; Petitjean, commis au secrétariat de la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 2 mai 1889, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade d'officier.* — M. Lortat-Jacob, médecin principal de première classe en retraite

*Au grade de chevalier.* — M. Isaac, ancien médecin militaire.

— Par décret, en date du 3 mai 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — M. Duplouy, directeur du service de santé de la marine à Rochefort.

*Au grade d'officier.* — MM. Friocourt, Dupont et Guès, médecin en chef de la marine.

*Au grade de chevalier.* — MM. Bertrand, médecin principal de la marine; Griès, Hercouet, Grisolle, Hénaff, Galibert, Canolle, Bohéas, Baril, Quédec, Raffaelli, médecins de première classe de la marine.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, M. le docteur Moizard, médecin en chef de l'Exposition, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

*Au grade de commandeur.* — MM. les docteurs Gaujot, directeur du Val-de-Grâce, et Frillez, directeur du service de santé du 16e corps d'armée.

*Au grade d'officier.* — MM. les docteurs Delahousse, Boisseau et Dehaussaux, médecins principaux de première classe; Weber et Wiligens, médecins-majors de première classe.

*Au grade de chevalier.* — MM. les docteurs Tibal, Baillif, Ocana, Michaud, Robert. Sauveroche, Loewel, Audet, Strauss, Doutre, Dantin, médecins-majors de première classe; Rouire, Courtot, médecins-majors de deuxième classe; Villedary et l'Héritier de Chezelle, médecins aides-majors de première classe; Viguier, à Saint-Antonin, et Paulus, à Josselin.

— Par décret, en date du 4 mai 1889, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur, les médecins de l'armée territoriale dont les noms suivent :

*Au grade d'officier.* — M. Bouchard, médecin-major de première classe.

*Au grade de chevalier.* — M. Clos, médecin-major de première classe, et M. Treille, médecin-major de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 26 avril 1889, M. Richard, médecin-major de première classe, a été inscrit à la suite du tableau d'avancement de 1888, pour le grade de médecin principal de deuxième classe.

Faculté de médecine de Lyon. — Le concours pour une place d'aide d'anatomie vient de se terminer par la nomination de M. Adenot, interne des hôpitaux.

— Nous apprenons la transformation des *Annales médico-chirurgicales* qui prennent désormais le titre de : *Annales de thérapeutique médico-chirurgicale,* sous la direction scientifique du docteur Constantin Paul.

Les échanges et toutes les communications concernant la rédaction doivent être adressés au docteur L. Duchastelet, rédacteur en chef, 11 *bis*, rue Portalis.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. La Société, dans sa séance du 9 mai 1889, a déclaré la vacance pour une place de membre titulaire.

Aux termes des statuts, les candidats sont tenus de faire acte de candidature par une communication orale ou écrite faite en séance publique.

La prochaine séance aura lieu le jeudi 13 juin à trois heures et demie, au siège de la Société, 28, rue Serpente.

Concours d'agrégation. anatomie, physiologie et histoire naturelle. — *Juges* : MM. Mathias Duval, président, Farabeuf, Ch. Richet, François Franck, de l'Académie de médecine, Paulet, de Montpellier, Tourneux, de Lille, Morat, de Lyon.

*Juges suppléants* : MM. Straus, Poirier Rémy, Reynier.

*Candidats* : *Paris* : MM. Crosnier de Varigny, Gley, Guinard, Langlois, Pagès, Retterer, Variot.

*Bordeaux* : M. Hédon.

*Lille* : M. Meyer.

*Lyon* : M. Vialleton.

*Montpellier* : MM. Abelous, Lapeyre.

Concours d'agrégation : physique, chimie et pharmacie. — *Juges* : MM. Gavarret, président, Gariel, Gautier, Regnaud, Eugel, de Montpellier, Charpentier, de Nancy, Piguier, de Bordeaux,

*Juges suppléants* : MM. Proust, Hanriot, Pouchet, Villejean.

Conferences cliniques sur les maladies des enfants. (Hôpital Trousseau, 89, rue de Charenton.) — Le docteur Legroux, professeur agrégé de la Faculté, médecin de l'hôpital Trousseau, reprendra ses conférences, le mercredi 15 mai 1889, à *trois heures et demie du soir,* et les continuera tous les mercredis suivants à la même heure.

Les élèves seront exercés à l'examen des malades et discuteront les questions de diagnostic, de pronostic et de traitement.

Nouveau Journal. — Nous anuonçons à nos lecteurs l'apparition d'une nouvelle revue intitulée : *Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, et dirigée par le docteur Henri Fournier, avec la collaboration de MM. Buchin, Buret, Gaudin, Renouard (de Paris), Lassalle (de Montpellier), Martin du Magny (de Bordeaux), Schnell (de Marseille), Alfred Cooper et Hugh Roberts (de Londres), Von Duering (de Hambourg), Pauly (de Wiesbaden), Luzor (de Port-Louis), etc., etc. Cette publication aura un caractère essentiellement pratique et son but sera de populariser en quelque sorte la dermatologie et la syphiligraphie. Aussi sommes-nous heureux de souhaiter la bienvenue à notre nouveau confrère. Administration : 60 rue de Miromesnil, Paris.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Octave Foucher (de Saint-Mandé).



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



## Hôpital Cochin. — M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ.

### De la prophylaxie par l'alimentation (1).

Laissant de côté tous les travaux qu'ont suscités les théories fécales de la fièvre typhoïde et les discussions mémorables qui se sont élevées entre Murchison et Budd, à ce propos, en 1874 et 1875, et tout ce qui a été dit sur le contage de la fièvre typhoïde, je n'insisterai que sur les points récents qu'a soulevés cette question de la contagion de la fièvre typhoïde.

Depuis longtemps, il paraissait démontré que la souillure des eaux par les déjections d'individus atteints de fièvre typhoïde était une des causes puissantes de contagion de cette maladie, et les rapports sur les épidémies envoyés chaque année à l'Académie de médecine signalaient des faits démonstratifs à cet égard. Je citerai particulièrement ceux de Lardier (de Rambervillers) qui nous montre dans les Vosges la fièvre typhoïde disparaissant dans certaines villes lorsque la population boit une eau qui n'a pas été contaminée.

Je signalerai surtout l'observation si précise de Dyonis des Carrières, à Auxerre, nous relatant ce fait important qu'il a suffi que les déjections d'un typhique pussent pénétrer dans une source captée et servant à alimenter la population de la ville pour déterminer une épidémie extrêmement meurtrière chez tous les habitants qui buvaient aux fontaines alimentées par cette source.

Je citerai aussi en Autriche, la ville de Vienne, où l'on voit la fièvre typhoïde disparaître complètement depuis que la population tout entière ne fait usage que d'eau de source. Ces faits viennent s'ajouter à bien d'autres extrêmement nombreux, et vous trouverez dans le travail de Mosny (2) des indications fort précises à ce sujet.

C'est à Chantemesse et Widal (3) que l'on doit la preuve expérimentale de la présence du bacille d'Eberth dans les eaux contaminées. Je n'ai pas à vous rappeler dans quelles circonstances douloureuses ces recherches ont été faites; vous vous rappelez tous cette famille qui fut décimée par la fièvre typhoïde, et cela à la suite de l'absorption de l'eau d'un puits de Pierrefonds dans lequel des matières fécales de dothiénentériques avaient été versées. A la suite de l'examen de cette eau, Chantemesse y retrouva la présence du *Bacillus typhosus*.

---

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 11 mai 1889.

(2) Mosny : *L'eau potable à Vienne et la fièvre typhoïde* (*Revue d'hygiène*, janvier 1888).

(3) Chantemesse et Widal : *Recherches sur le bacille typhique* (*Archives de physiologie*, I, 1887).

Depuis, cette question a été reprise à un autre point de vue, et dans un travail entrepris par Grancher et Deschamps (1), ces expérimentateurs se sont demandé ce que devenait le *Bacillus typhosus* lorsque les déjections des dothiénentériques sont jetées sur le sol; il ont démontré que le bacille ne filtre pas à travers le sol et qu'il s'arrête de 40 à 50 centimètres de profondeur, et que là il peut séjourner et se développer de telle sorte que, cinq mois après, on peut encore l'y retrouver. De plus, il ont signalé ce fait que ce bacille ne pénètre jamais dans la pulpe des légumes sains.

Je dois vous signaler aussi les expériences entreprises sur la vitalité du bacille typhique dans l'eau, par Straus et Dubarry. Ils ont montré que ce bacille vivait encore au bout de quatre-vingt-un jours. Dans des expériences antérieures, Meade-Bolton avait constaté leur présence après trois semaines. Pour Wolffhugel et Riedel, la durée de la vie de ces microbes serait de vingt-huit jours. L'influence de la pureté de l'eau sur cette prolongation de la vie du *Bacillus typhosus* est peu appréciable et, dans l'eau distillée ou dans l'eau de la Vanne ou dans celle du canal de l'Ourcq, Straus et Dubarry ont vu ces microbes pathogènes se développer d'une façon à peu près semblable. Quant à la virulence, elle est absolument intacte, quelle que soit la durée du séjour de ces microbes dans l'eau.

Faut-il admettre, comme le veut Brouardel, que, sur 100 cas de fièvre typhoïde, 90 aient pour origine l'usage d'eaux contaminées? C'est là un point qui mérite d'être discuté. Tout en reconnaissant qu'il est indéniable que la contamination de la fièvre typhoïde se fait par des eaux souillées, il est probable qu'il y a d'autres facteurs qui nous échappent encore; nous voyons, en effet, la fièvre typhoïde apparaître et disparaître dans certaines villes, et cela sans qu'aucune modification réelle ait été apportée à l'usage de leurs eaux.

Prenez les villes si nombreuses en France où les déjections vont toutes, ou à peu près, dans la rivière qui les traversent, et où la population ne boit que l'eau de cette rivière. La fièvre typhoïde y apparaît sous forme d'épidémie plus ou moins meurtrière, puis tout cesse; on ne constate plus que quelques cas isolés, et nous ne pouvons expliquer pourquoi, à certains moments, l'épidémie a fait tant de victimes et a été si bénigne dans d'autres moments.

Même dans les villes où on ne fait usage que d'eaux absolument pures, la fièvre typhoïde n'a pas complètement disparu. A Vienne, que l'on se plaisait à citer à cet égard, de nouveaux cas se sont produits l'année dernière, de telle sorte qu'on est obligé d'admettre qu'il doit exister d'autres facteurs qui nous échappent encore.

Wernich a soutenu que les viandes en putréfaction pouvaient déterminer la fièvre typhoïde, et il se basait sur l'analogie qui existe entre le bacille de la putréfaction et le *Bacillus typhosus*. Je crois que c'est là une opinion erronée. Que les viandes altérées donnent lieu, comme nous le verrons tout à l'heure, à des intoxications à forme typhoïde, cela est certain, mais elles ne donnent pas la fièvre typhoïde, c'est-à-dire cet état particulier caractérisé par la présence du *Bacillus typhosus*.

Cette question de la possibilité de la transmission de la fièvre typhoïde par la viande d'animaux malades a été l'objet de récentes études en Alle-

(1) Grancher et Deschamps : *Recherches sur le bacille typhique dans le sol* (*Archives de médecine expérimentale*, t. I, 1er janvier 1889, p. 33).

magne, et on a surtout étudié, à ce sujet, les épidémies d'Andelfingen, de Kloten, de Birmenstorff, de Vürenlos et de Spreitenbach. Dans ces épidémies, on a constaté des accidents graves et très fréquemment la mort, et l'autopsie a révélé des ulcérations intestinales, l'augmentation de volume des ganglions mésentériques, ainsi que celle de la rate. Aussi, certains auteurs soutiennent-ils qu'il s'agissait véritablement ici de fièvre typhoïde.

Je ne puis partager cette manière de voir; il est difficile d'admettre que la fièvre typhoïde puisse se développer sans l'introduction de bacilles d'Eberth, et comme il est acquis que la fièvre typhoïde n'atteint pas les animaux, je persiste à croire qu'il s'agissait de gastro-entérite infectieuse ou toxique, car si on se rapporte aux faits qu'a signalés Proust, la plupart des animaux, cause des accidents, étaient des vaches atteintes d'affection puerpérale, et on est en droit de se demander si les phénomènes observés sont dus soit aux ptomaïnes que renfermaient ces viandes, soit aux microbes qui y étaient contenus (1).

Quoi qu'il en soit, on doit encourager tous les efforts qui seront faits pour donner aux populations des eaux saines et non contaminées, et quoique ce mouvement se soit produit bien lentement en France, il faut constater cependant qu'aujourd'hui cette question s'agite de toutes parts et presque toutes nos villes tiennent aujourd'hui à honneur de donner à leurs habitants des eaux non polluées. Lorsque vous serez consultés dans ces cas, votre devoir sera d'exiger un captage très exact, j'allais dire très hermétique, de la source utilisée, de telle sorte qu'il soit impossible de la souiller et que les infiltrations du sol ne puissent y pénétrer.

En tout cas, pendant les épidémies, vous devez recommander de faire usage, soit d'eaux bouillies, soit d'eaux minérales. Dans les régiments où l'on possède des percolateurs pour faire le café, vous pouvez utiliser ces appareils, qui vous donneront, pour une somme très minime, de l'eau bouillie.

Pour la population riche, vous prescrirez les eaux de table aujourd'hui si nombreuses, qui nous rendent en pareille circonstance de grands services. Vous repousserez les eaux de Seltz artificielles parce que la présence de l'acide carbonique ne s'oppose nullement à la culture des micro-organismes que ces eaux peuvent renfermer, et, pour qu'elles fussent recommandables, il faudrait que l'eau de Seltz fût toujours faite avec des eaux soit bouillies, soient passées au filtre Chamberland.

Ce filtre, en effet, en privant l'eau de ses bacilles, est une garantie contre la propagation de la fièvre typhoïde, et vous devez le recommander dans tous les cas où vous redoutez la contamination par les eaux. Je n'ai pas ici à vous faire la description de ce filtre que vous connaissez tous; il consiste dans le passage de l'eau à travers une bougie de porcelaine.

Ce que je dois surtout vous signaler, c'est la nécessité de vérifier si cette porcelaine est parfaitement intacte et ne possède pas de fêlures d'une part, et, d'autre part, celle de nettoyer fréquemment cette bougie en l'exposant à la chaleur du gaz ou d'un foyer ardent.

En dehors de ce filtre et de tous ceux contruits sur des types analogues, les autres appareils filtrants doivent être tous repoussés, car, comme on l'a fait remarquer avec raison, si ces filtres plus ou moins compliqués peu-

(1) Proust : *Des épidémies de fièvre typhoïde provoquées par l'ingestion de la viande d'animaux malades* (*Bulletin médical*, 1887, p. 779).

vent débarrasser l'eau des principes nuisibles qu'elle contient, ils s'encrassent rapidement et deviennent alors une source de contamination pour les eaux même pures qui viendraient à les traverser; ils sont donc, dans ce cas, plus dangereux qu'utiles.

On a reproché au filtre Chamberland d'exiger une forte pression que l'on trouve rarement. Mais, aujourd'hui, on peut les associer en batterie et obtenir, avec une pression presque nulle, une quantité d'eau potable suffisante pour la consommation journalière.

Eaux de table, eaux bouillies, eaux filtrées avec des appareils qui les débarrassent des micro-organismes, tels sont les moyens que l'on doit mettre en œuvre pour faire disparaître une des causes les plus actives de la propagation de la fièvre typhoïde.

Mais, jusqu'ici, dans cette question d'hygiène prophylactique, je ne me suis occupé que de la transmission possible par l'eau ou les aliments des maladies microbiennes. Il est d'autres affections d'un parasiticisme beaucoup plus élevé qui ont pour cause unique de leur transmission ces eaux et ces aliments, je veux parler des helminthes et en particulier du tænia, des kystes hydatiques et des trichines.

Je n'ai pas à vous rappeler ici les évolutions des tænias et des hydatides; j'ai traité cette question avec toute l'ampleur qu'elle mérite dans mes leçons de clinique thérapeutique, et je vous y renvoie (1).

Je n'y reviendrai pas ici; je vous rappellerai seulement que, pour le tænia, c'est par la consommation de viande de porcs ladres ou de bœufs atteints du cysticerque du tænia inerme que se fait cette propagation. Aussi, sur nos marchés, interdit-on avec grand soin la vente de ces viandes, ce qui n'empêche que les tænias sont devenus très fréquents et cela pour les raisons suivantes : c'est que s'il est facile pour le porc de reconnaître facilement la ladrerie, elle est beaucoup plus difficile à constater chez les bovidés, et qu'en outre l'usage de la viande crue en thérapeutique s'est grandement généralisée, car la cuisson est un moyen prophylactique qui, en détruisant le cysticerque, détruit par cela même le principe contagieux.

Sur ce point particulier de la cuisson, Decroix a soutenu la prétention suivante, qu'elle permettait, quand elle était complète, la consommation des animaux atteints de toutes les maladies réputées infectieuses et contagieuses, et, au Congrès d'hygiène tenu à Paris, lors de l'Exposition de 1878, il a soutenu par des expériences faites sur lui-même que l'on pouvait sans inconvénient manger les viandes d'animaux qui ont succombé à la morve, au charbon, au cancer, etc., pourvu qu'elles fussent cuites suffisamment.

Je crois que ce sont des principes qu'on ne saurait trop combattre. Nous ne pouvons jamais répondre de la cuisson absolue de nos aliments, et comme il est démontré que le charbon peut se développer par l'absorption intestinale, il faut, au contraire, tenir sévèrement la main à ce que ces animaux soient absolument repoussés de nos halles et marchés, on ne saurait à cet égard se montrer trop sévère.

Cette cuisson joue encore le rôle le plus important dans la transmission de la trichine. Tandis que la trichinose a été observée en Allemagne où il y en a eu de très nombreuses épidémies, en particulier celle d'Emersleben, où quarante-six personnes ont succombé, et dont Brouardel et Grancher

(1) Dujardin-Beaumetz : *Clinique thérapeutique*, 5e édition. *Traitement des tænias*, t. I, p. 804, et t. II, p. 145.

ont donné la relation, épidémies qu'on a aussi constatées en Amérique, ces cas, en France, sont extrêmement rares. On peut dire qu'ils n'existent pas, et le seul que nous puissions citer est celui observé par Jolivet, à Crépy-en-Valois, et dont Laboulbène a donné l'observation. Cette différence si tranchée résulte de ce fait que, tandis qu'en Allemagne on mange la viande de porc crue, en particulier des saucisses crues, en France nous faisons toujours subir à ces viandes un certain degré de cuisson.

Si les viandes sont les facteurs des tænias et de la trichine, ce sont les eaux qui transmettent les kystes hydatiques. Le tænia échinocoque a son habitat ordinaire dans l'intestin du chien et ses œufs sont expulsés avec les excréments de ce dernier. Lorsque l'eau des pluies a lavé les chemins, ces œufs sont entraînés et vont se rendre dans le ruisseau voisin ou dans la source proche, et, si l'on vient à boire ces eaux, on absorbe ainsi les germes du kyste hydatique qui, après avoir traversé le tube digestif, sont arrêtés le plus souvent par le foie, mais peuvent franchir cette barrière et pénétrer alors dans tous les points de l'économie.

Il faut toujours avoir présente à l'esprit cette possibilité de la transmission d'une maladie grave par les eaux des ruisseaux ou des sources et ne jamais les boire sans les filtrer. Ici le filtre au charbon est parfaitement suffisant, et vous trouverez dans le commerce des petits filtres de poche qui permettent de boire ces eaux sans inconvénients après filtration. Je passe maintenant à la dernière partie de mon sujet, c'est-à-dire aux intoxications déterminées par les viandes putréfiées.

Lorsque je vous ai parlé des ptomaïnes et des leucomaïnes, je vous ai dit que, à l'instant même où la mort survenait, il se produisait des ptomaïnes et que certaines de ces ptomaïnes jouissaient d'un pouvoir toxique extrêmement grand. Vous ne serez donc pas étonnés d'apprendre que l'ingestion de viandes altérées soit capable de déterminer des accidents de la plus haute gravité et même la mort.

On a signalé surtout ces phénomènes d'empoisonnement pour les conserves de viande, de homards, la morue, les saucisses, le pâté de lièvre, le fromage de cochon, etc., et je vous renvoie à cet égard aux faits publiés par Robert, Durier, Camus, Schaumont, Bérenger-Féraud, Baillon, Brouardel et Schmit (1).

Toutes ces intoxications se produisent de cinq à vingt-quatre heures après l'ingestion des substances altérées, et l'on peut alors distinguer deux périodes : l'une d'empoisonnement, l'autre d'élimination. La première est caractérisée surtout par de l'anxiété, des frissonnements et des frissons, de la céphalalgie avec vertige et éblouissements; la seconde par des vomissements, une diarrhée extrêmement abondante, etc., enfin la présence de l'albumine en très grande quantité dans les urines. A ces symptômes se joignent une algidité profonde, une tendance au sommeil et un anéantissement complet.

Cet ensemble symptomatique est très analogue à celui que détermine

(1) Faits observés en 1843 et en 1856 à la manutention de Paris : Robert, *Contribution à l'étude des ptomaïnes* (*Annales d'hygiène*, 1880); Duriez, *Note sur dix cas d'empoisonnement par les conserves de bœuf* (*Archives de médecine militaire*, 1884); Camus, *Note sur l'altération des conserves par les ptomaïnes* (*Archives de médecine militaire*, 1886); Schaumont, *Relation d'un empoisonnement par la morue* (*Archives de médecine militaire*, 1878); Bérenger-Féraud, *Recherches sur les accidents que provoque la morue altérée*, Paris, 1885; Baillon, pharmacien-major, *Des ptomaïnes* (*Archives de médecine militaire*, 1885).

l'empoisonnement par les champignons, et en particulier la fausse oronge, et cela se comprend puisque l'action de certaines ptomaïnes est tout à fait analogue à celle de la muscarine.

Comme on peut le prévoir, la cuisson joue encore ici un rôle très important, et toujours les symptômes d'intoxication sont d'autant plus intenses que la cuisson a été plus imparfaite. Ces ptomaïnes sont assez toxiques pour qu'il suffise d'une très petite quantité de viandes putréfiées pour déterminer des accidents de la plus haute gravité.

Ces faits montrent avec quelle sévérité les municipalités doivent tenir la main à ce qu'une inspection très sévère soit faite dans les halles et marchés, en particulier pour ce qui concerne le gibier et le poisson. Le poisson, en effet, comme je vous l'ai dit, subit une altération très prompte; il s'y développe des ptomaïnes et des amines d'une grande toxicité.

Cette même inspection doit porter aussi sur les mollusques et les crustacés. Les empoisonnements par les moules sont très fréquents et ont pour origine la mytilotoxine; celui par les huîtres est non moins fréquent, et mon chef de laboratoire, Bardet, a donné la relation d'un de ces empoisonnements dont il a été la propre victime.

Ces accidents sont d'autant plus intenses que les voies d'élimination sont obstruées, et en particulier la voie rénale, et à ce point de vue de l'insuffisance rénale, cette question des ptomaïnes et des leucomaïnes présente un grand intérêt.

Il est reconnu aujourd'hui que les symptômes rattachés à l'urémie ou à la stercorémie résultent de la rétention des leucomaïnes et des ptomaïnes dans l'économie, et que le traitement qui s'oppose au développement de ces accidents repose tout entier sur l'hygiène alimentaire, l'emploi des purgatifs et des diurétiques.

Pour l'hygiène alimentaire, son rôle consiste à introduire dans l'économie le moins de ptomaïnes possible et c'est ce qui explique, dans ces cas, le triomphe du régime végétarien.

J'ai bien souvent formulé ce régime qui me donne dans tous ces cas de si bons résultats, et vous me permettrez de le reproduire encore ici. Voici la formule de ce régime végétarien :

Vous exigerez du malade qu'il se nourrisse exclusivement d'œufs, de féculents, de légumes verts et de fruits.

Les œufs seront très cuits (omelettes, œufs brouillés, crème).

Les féculents seront à l'état de purée (purée de pommes de terre, de haricots rouges ou blancs, de lentilles — révalescière, farine lactée, racahout — bouillies au gruau de blé, de riz, de maïs, d'orge et d'avoine — panades passées — pâtes alimentaires, nouilles, macaroni).

Les légumes verts seront très cuits (purée de carottes, de navets, de julienne, salade cuite, épinards).

Les fruits seront en compote.

Si le rôti de porc frais et le jambon peuvent être autorisés dans un pareil régime, c'est que la cuisson prolongée du premier et la salaison du second sont un obstacle au développement des ptomaïnes.

Vous devez défendre absolument l'usage du poisson et du gibier.

C'est toujours dans le même ordre d'idées que l'on doit diriger le traitement de la dilatation de l'estomac. Le séjour prolongé des aliments dans le ventricule gastrique y favorise les fermentations et par cela même la production des ptomaïnes, et vous devez alors combattre et par l'alimen-

ation et par tous les moyens de l'antisepsie intestinale les inconvénients qui résultent de ces fermentations vicieuses. Je n'ai pas ici le temps d'aborder cette grande question de l'antisepsie intestinale, que j'ai traitée d'ailleurs dans mes *Nouvelles Médications* (1), et qui est exposée d'une façon magistrale dans le récent ouvrage du professeur Bouchard (2).

Telles sont, Messieurs, les considérations que je voulais présenter sur ce sujet; vous trouverez d'ailleurs, dans mes leçons sur l'*Hygiène alimentaire* (3), le complément des indications que je viens de vous fournir et il me reste, pour terminer ces conférences, à vous parler de la législation de l'hygiène prophylactique, c'est ce que je ferai dans la prochaine séance.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

**Séance du 14 mai 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.**

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Gayet (de Lyon), qui se porte candidat au titre de correspondant de l'Académie;

2° Un rapport de M. Fichot, sur les épidémies qui ont régné dans la Nièvre en 1888;

3° La liste des individus vaccinés et revaccinés en avril 1889 à la maison d'arrêt et de correction d'Arras;

4° Un mémoire de M. Delaurier, sur les théories nouvelles des causes des maladies et des fermentations;

5° Un rapport sur le service médical à l'hôpital militaire de Bourbonne, par le docteur Mutin.

— Les élections de deux correspondants nationaux (4e division) ont donné les résultats suivants :

1re élection. — Votants, 55; majorité, 28. Ont obtenu : MM. Balland, 29 voix (élu) Soubeiran, 26 voix.

2e élection. — Votants, 54; majorité, 28. Ont obtenu : MM. Soubeiran, 52 voix (élu); Haller, 2 voix.

— M. Ollier fait une communication sur la résection de la hanche et ses résultats. Il a fait une cinquantaine de fois cette opération, mais ne met pas tous ces faits en ligne de compte, car il faut attendre au moins trois ans pour être sûr de l'effet produit. Chez les enfants surtout qui sont dans la période de croissance, les changements qui peuvent se produire aggravent souvent le résultat orthopédique.

A l'étranger, on se félicite quand le malade sort guéri avec une articulation mobile, M. Ollier préfère l'ankylose fibreuse en bonne position, c'est-à-dire avec adduction et flexion légère; elle se produit quand la résection a bien été sous-périostée.

Quatorze des observations datent d'au moins trois ans; dans deux cas, il y a une nouvelle articulation; une ankylose osseuse ou fibreuse existe chez les autres. Les deux premiers sont gênés dans la marche, leur équilibre est instable; chez les seconds, la marche est facile; ils peuvent même faire l'ascension de montagnes, et s'ils s'asseoient moins facilement que les premiers, leur attitude n'est cependant pas trop disgracieuse.

Quand il n'y a pas d'ankylose, il peut se produire dans la nouvelle articulation des états anatomiques très gênants : ostéophytes, absence de bourrelet osseux sur l'ilium; de plus, souvent les muscles pelvi-trochantériens sont atrophiés et il se produit des

(1) Dujardin-Beaumetz : *Les Nouvelles médications*, 3e édition, p. 55. Paris, 1887.
(2) Bouchard : *Thérapeutique des maladies infectieuses et antisepsie*. Paris, 1889.
(3) Dujardin-Beaumetz : *Hygiène alimentaire*, 2e édition. Paris, 1889.

déviations secondaires; enfin l'articulation est exposée à des récidives de foyers tuberculeux, qui reparaissent facilement sous l'influence de la fatigue ou des chocs. Les travaux les plus durs deviennent possibles quand il y a ankylose.

Qu'on recherche une articulation mobile chez une jeune femme qui mènera une vie sédentaire, chez un sujet condamné à exercer une profession assise ou qui est dans une aisance suffisante pour se dispenser de travailler, M. Ollier le comprend parfaitement, mais il ne faut pas ériger ceci en règle générale.

La boiterie sera très fréquente et très accentuée lors d'articulation mobile et quand le malade est un ouvrier forcé de marcher, il faut délibérément préférer l''ankylose qui empêche aussi l'adduction du membre presque fatale dans l'autre cas.

Quand on a affaire à deux coxalgies ou deux ankyloses, on cherchera à obtenir d'un côté une ankylose rectiligne, et on fera de l'autre une résection typique.

Chez les enfants, si l'on réséquait au moindre signe de maladie de l'articulation, dès l'apparition du premier abcès, on pourrait rechercher la mobilité; mais, chez ces petits malades, des opérations plus simples peuvent conduire à la guérison.

Quand on a opéré pendant la croissance, l'accroissement de l'os en longueur est normal si le cartilage qui unit la tête au col est seul enlevé, il est entravé si l'on a enlevé aussi celui qui unit la diaphyse à la tête; mais, dans ce dernier cas, l'hypertrophie compensatrice du cartilage de conjugaison inférieur intervient pour limiter le raccourcissement.

— M. Worms communique à l'Académie les résultats des recherches cliniques et thérapeutiques qu'il poursuit depuis vingt-cinq ans sur les diabétiques de sa clientèle privée et présente le résumé de 41 observations de malades qu'il a pu suivre, pour ainsi dire, jour par jour et sans les perdre de vue et dont un certain nombre sont guéris pour le moment et depuis quelque temps déjà. Il n'a tenu compte que des cas qui ont pu être suivis attentivement depuis leur origine jusqu'à la mort ou jusqu'à ce jour.

Douze personnes ont succombé à des accidents divers (tub. pulm., 5 fois; pneumonie, 2 fois; cancer hépatique, 1 fois; néphrite, 2 fois, compliquée une fois de coma diabétique; hémorrhagie cérébrale, 2 fois.) La mort est survenue après la première constatation de la glycosurie au bout de : 20 ans, 3 fois; 19 ans, 1 fois; 18 ans, 1 fois; 15 ans, 1 fois; 12 ans, 1 fois; 11 ans, 3 fois; 7 ans, 1 fois; 2 ans, 1 fois. En tout, 12 cas.

Plusieurs de ces personnes se sont soustraites volontairement au régime et à un traitement régulier.

Parmi les 29 personnes vivantes et dont plusieurs sont guéries, le diabète a été constaté pour la première fois, il y a 25 ans, 1 fois; 18 ans, 1 fois; 16 ans, 2 fois; 15 ans, 4 fois; 14 ans, 2 fois; 13 ans, 3 fois; 12 ans, 3 fois; 11 ans, 3 fois; 10 ans, 3 fois; 9 ans, 3 fois; 7 ans, 1 fois; 6 ans, 1 fois; 3 ans, 1 fois.

Le diabète à évolution lente est donc la forme la plus commune; il comporte souvent la guérison et en tous cas une longévité considérable.

D'après M. Worms, aucune des théories en cours sur la pathogénie du diabète ne trouve sa confirmation constante dans l'observation clinique. Le diabétique est une résultante personnelle de convergences pathologiques héréditaires ou autres infiniment complexes. Chacun fait son diabète à sa façon, comme le disait familièrement Bouchardat, le maître en cette matière.

On ne peut établir aucun rapport entre un diabétique et un animal rendu artificiellement glycosurique. Jamais le laboratoire n'a pu produire un animal diabétique au sens propre du mot.

D'après les observations de M. Worms, la soif, la polyurie, l'amaigrissement, l'altération des dents font souvent défaut pendant toute la durée de la maladie.

Au point de vue clinique (les glycosuries toxiques ou accidentelles à part et qui s'observent dans le cours d'une foule de maladies : choléra, diphtérie, morphinisme, etc., et qui disparaissent rapidement) la distinction entre la glycosurie chronique et le diabète sucré ne se justifie pas.

Au cours de ses observations de malades, M. Worms cite un cas de coma diabétique suivi de guérison. Le début des accidents comateux a coïncidé avec une brusque dispa-

rition du sucre dont la réapparition en grande quantité (65 gr.) a eu lieu au moment où la réaction, rouge formé par le perchlorure de fer, attribuée à la présence de l'acétone dans les urines cessait d'exister et que les accidents graves s'amendaient.

Des analyses d'urine aussi fréquentes que possible sont indispensables. Les malades apprennent aisément à manipuler la liqueur de Fehling, qui est le réactif le plus sûr et le plus facile à manier ; ils doivent faire contrôler de temps à autre leurs recherches par leurs pharmaciens ou par des chimistes analystes.

Cette méthode permet de constater des variations singulières qui se produisent sans influence appréciable et qui signalent parfois des oscillations de 30 à 50 grammes de sucre en plus ou en moins dans la même journée ;

Taxer un diabétique comme on a l'habitude de le faire à une quantité fixe de production de sucre est une grande erreur et une source de mécomptes fâcheux, car chez le même malade, on trouve parfois 50 grammes le matin, 5 grammes le soir, 15 grammes le lendemain.

A l'appui de cette opinion M. Worms présente la courbe d'un diabétique chez lequel des analyses ont été faites pendant quatre mois de deux à X fois par jour et qui témoigne de ces grandes oscillations.

Le traitement auquel M. Worms a soumis ses malades et auquel il attribue en grande partie leur guérison ou leur longévité repose sur le principe suivant :

Maintenir au plus haut degré l'énergie vitale et l'intégrité des fonctions digestives.

On obtient ce résultat par des moyens bien divers, parmi lesquels la recherche du calme moral joue un rôle prépondérant.

Aussitôt après se place l'application du régime alimentaire institué de main de maître par Bouchardat; mais il faut se départir de sa rigueur avec l'abaissement de la quantité de sucre; à ce point de vue, les analyses répétées sont le guide le plus sûr. M. Worms a abandonné le pain de gluten, et quand les malades peuvent sans inconvénient en faire usage, autant vaut leur laisser manger du pain en quantité proportionnelle, soit environ 45 p. 100.

Les eaux minérales de Vals, Vichy, La Bourboule, Royat, Vittel, Contrexéville, rendent parfois de grands services.

On ne saurait être trop prudent dans le choix de médicaments réputés antidiabétiques et n'employer que ceux qui peuvent être tolérés longtemps, pendant des années s'il le faut, qui ne troublent par les fonctions digestives.

M. Worms a retiré les meilleurs résultats de l'emploi longtemps continué du sulfate de quinine à la dose de 0,20 à 0,30 par jour. C'est le médicament névrosthénique et qui répond le mieux au principe posé plus haut : soutenir les forces du malade. M. Worms a signalé dès 1881 les avantages de cette médication. Les diabétiques paraissent posséder une aptitude spéciale à la supporter indéfiniment.

L'arsenic et l'opium sont également de bons médicaments, mais on est obligé d'en suspendre l'emploi à chaque moment et aussitôt la quantité de sucre augmente et le malade en est péniblement impressionné. Le bromure de potassium n'a donné que des résultats fâcheux à M. Worms; il y a absolument renoncé.

L'antipyrine, comme l'ont mis en relief MM. Panas, G. Sée et Robin, abaisse incontestablement et rapidement la quantité de sucre; j'ai pu en faire l'expérience. Mais ce résultat disparaît avec l'emploi du médicament. Or, il conduit fréquemment à l'albuminurie, comme le dit M. Robin lui-même, et on est obligé d'en suspendre l'usage. Dans un cas récent, j'ai dû y renoncer après trois jours à cause de nausées qui rendaient l'alimentation difficile. La quantité de sucre a augmenté aussitôt chez le malade dans une proportion exceptionnelle. Mais pour juger la valeur d'un médicament, il faut savoir attendre, et il serait prématuré de trancher la question dans un sens ou dans un autre en ce qui concerne l'antipyrine.

Soutenir les forces du diabétique, voilà à quoi doivent tendre les efforts du médecin. Il ne peut y avoir un traitement spécifique dans une maladie qui ne l'est à coup sûr pas et qui provient des troubles organiques ou fonctionnels primitifs les plus divers et presque toujours les plus obscurs.

— M. PETER : J'ai l'honneur de présenter à l'Académie, au nom de leur auteur, M. le docteur Tartivel, médecin-directeur de l'Etablissement hydrothérapique de Bellevue, deux brochures qui ont plus de valeur que de volume. Ces brochures ont pour titre l'une : *Hydrothérapie;* l'autre, *Douche.* Dans ces opuscules, l'auteur, si compétent, expose et développe, avec talent et conviction, des doctrines que je crois vraies, à savoir que l'eau froide, dans ses divers modes d'application, n'agit pas d'une façon puremen physique et par simple soustraction du calorique, mais par une série d'actions réflexes qui modifient fondamentalement l'organisme vivant. Ainsi s'explique l'action bienfa sante de l'hydrothérapie, aussi bien dans les maladies avec surélévation de la température, comme dans les phlegmasies, que dans les affections où la température normale, comme dans les névroses

---

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 mai 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

SOMMAIRE : *Hystérie et onomatomanie. — Spasmes réflexes d'origine gastro-intestinale. Prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux.*

M. G. BALLET rappelle les deux observations d'onomatomanie rapportées par M. Séglas dans la séance du 12 avril. Chez un des malades, il y avait alternativement des attaques banales d'hystérie et des accès d'onomatomanie. Dans d'autres cas, les deux ordres de phénomènes se succèdent sans interruption. M. Ballet a vu un malade qui éprouvait le besoin impérieux de répéter certains mots; lorsque le mot, cause de l'obsession, venait à lui échapper, il éprouvait une telle angoisse que souvent une crise nerveuse avec perte de connaissance en était l'aboutissant. C'était, en définitive, une attaque d'hystérie provoquée par l'anxiété qu'avait amenée elle-même l'obsession onomatomaniaque, et la crise totale était composée de deux phases, phase d'obsession pour le mot, phase hystérique. Nouvel exemple d'association de névroses.

M. G. BALLET fait ensuite allusion à la communication récente de M. de Beurmann relativement à la tétanie d'origine gastrique. M. Ballet pense que M. de Beurmann a exagéré la gravité du pronostic. M. Ballet vient d'observer récemment trois cas d'accidents spasmodiques bénins chez des malades atteints de troubles gastro-intestinaux; deux des malades, à la suite de gastrite toxique, éprouvèrent de la tétanie localisée aux muscles du poignet; un autre eut des mouvements hémichoréiques au cours d'un cancer de l'estomac avec dilatation secondaire de cet organe.

La théorie de l'auto-intoxication à laquelle M. de Beurmann s'est rattaché est acceptable pour une part; mais il ne faudrait pas faire table rase de l'influence des réflexes. La pathogénie des accidents tétaniformes graves, mortels, dont a parlé M. de Beurmann, n'est peut-être pas d'ailleurs la même que celle d'une foule de spasmes bénins d'origine gastro-intestinale; il se peut que les premiers ressortissent à l'intoxication. Mais les autres dépendent probablement plutôt d'un réflexe. M. Ballet a vu dans ses faits personnels les accidents spasmodiques apparaître à la suite de manœuvres prolongées d'exploration, de palpation de l'abdomen.

Il est possible que l'intoxication crée la prédisposition et rende ainsi plus facile l'influence de l'irritation périphérique. Deux des malades de M. Ballet étaient des alcooliques; les crampes, qui sont une forme de spasmes, sont fréquentes chez les intoxiqués par l'alcool; l'exagération des réflexes tendineux existait aussi, ce qui est un indice.

L'épilepsie vermineuse ne survient que chez des individus atteints de mal comitial; le tænia n'agit que comme agent provocateur.

En résumé M. Ballet croit qu'une part positive doit être faite au mécanisme de l'action réflexe dans la genèse de certains accidents spasmodiques qu'on observe chez des individus atteints de troubles gastro-intestinaux.

— M. COMBY a lu au nom d'une commission composée de MM. Cadet de Gassicourt, Grancher, Sevestre, Labric, Jules Simon, Descroizilles, Ollivier, d'Heilly, Legroux, Hutinel,

Comby, un rapport sur les moyens à prendre pour diminuer les contagions dans les hôpitaux d'enfants. En voici les conclusions :

1° Pour prévenir les dangers de contamination par les consultations hospitalières, un interne spécial sera chargé de faire la sélection des enfants avant leur entrée dans la salle d'attente commune; il aura pour mission de recevoir d'urgence, dans les pavillons d'isolement, les enfants atteints de maladies contagieuses, et de diriger dans des salles distinctes de la salle d'attente commune les contagieux qui ne viennent que pour la consultation

2° Des chambres d'isolement, en nombre suffisant pour recevoir les cas douteux, seront construites dans chaque hôpital d'enfants.

3° Les pavillons d'isolement de la diphtérie devront être pourvus de chambres à lit unique, en nombre suffisant, pour les cas de diphtérie associée à d'autres maladies contagieuses. Ces chambres, quoique annexées au pavillon, devront être cependant suffisamment isolées.

4° Chaque hôpital d'enfants doit être pourvu au moins de trois pavillons d'isolement pour la diphtérie, la rougeole, la scarlatine et d'un quatrième pavillon, dit de *rechange.*

5° L'Administration est invitée à remplacer les grandes salles par des salles de 6 à 8 lits dans la construction des pavillons futurs.

6° Le personnel de chaque pavillon devra être isolé des autres personnels dans la mesure du possible.

7° Le personnel hospitalier (infirmiers et infirmières) et le personnel médical (élèves) seront augmentés suivant les nécessités du service, et conformément à l'avis des médecins.

8° L'hôpital Trousseau sera pourvu, dans le plus bref délai, d'une étuve à vapeur sous pression semblable à celle qui a été installée et qui fonctionne dans les deux autres hôpitaux d'enfants.

9° Tous les vêtements, toute la literie, tous les objets (y compris les jouets) qui auront pu être souillés par des enfants atteints ou soupçonnés de maladies contagieuses seront désinfectés par l'étuve; seront également passés à l'étuve les vêtements et couvertures qui servent au transport des enfants suspects à l'hôpital; il en sera de même de tous les vêtements des enfants, quels qu'ils soient, qui entrent à l'hôpital, même pour une affection chirurgicale.

10° Aux pavillons d'isolement seront annexés des vestiaires indépendants des salles, avec blouses pour les élèves, lavabos et substances antiseptiques.

11° Les mêmes mesures sont applicables aux salles communes.

12° Tous les rideaux, non seulement des lits, mais aussi des fenêtres, seront supprimés dans les pavillons d'isolement et remplacés par des stores extérieurs.

13° L'amphithéâtre d'autopsie de chaque hôpital d'enfants sera considéré et traité comme un pavillon d'isolement; il sera pourvu de blouses, de manches imperméables, d'eau chaude et froide, et de tout ce qui est nécessaire pour le nettoyage aseptique des mains.

14° La Société Médicale des hôpitaux émet le vœu que la somme de 200,000 francs, destinée par le Conseil de surveillance à l'amélioration du mobilier des services hospitaliers, soit intégralement attribuée aux hôpitaux d'enfants.

(La discussion du rapport est renvoyée à la prochaine séance).

## FORMULAIRE

Solution contre la kératite infectieuse. — Galezowki.

| | |
|---|---|
| Créoline .............................. | 0 gr. 10 centigr. |
| Eau distillée .............................. | 10 grammes. |

Faites dissoudre. — A l'aide d'un pinceau trempé dans cette solution, on touche, une ou deux fois par jour, l'ulcère de la kératite infectieuse, après avoir préalablement anesthésié l'œil avec la cocaïne. — On administre en outre une douche d'eau pulvérisée

créolinée, et on introduit à cet effet, dans le godet du pulvérisateur, la solution suivante :

Créoline.................................. 0 gr. 50 centigr.
Eau distillée.............................. 100 grammes.

Cette douche doit être administrée sur l'œil ouvert, pendant une ou deux minutes, et 5 à 6 fois par jour. — Grâce à ce traitement, l'auteur a réussi à obtenir des guérisons rapides de la cornée, au bout d'un mois ou six semaines tout au plus; tandis que, par l'emploi des autres moyens, il n'était arrivé qu'à des résultats incomplets. — N. G.

# COURRIER

**Postes médicaux.** — Nous recevons la lettre suivante :

« Un grand industriel, habitant Madagascar, s'adresse à moi pour lui envoyer un docteur en médecine. Je vous serais bien obligé d'annoncer ce poste dans *l'Union médicale.* Je serai à la disposition de tout intéressé pour lui fournir les renseignements détaillés.

« Agréez, etc.

« Dr Bernheim,

« 23, boulevard Saint-Martin. »

— Jeudi 16 mai, à deux heures et demie, au théâtre du Vaudeville, conférence de M. Jules Simon, membre de l'Académie française, sénateur, sur l'Œuvre nationale des Hôpitaux marins. *(Enfants scrofuleux et rachitiques).* Secrétariat. 62, rue de Miroménil.

La conférence sera suivie d'une partie dramatique et musicale.

Programme : *Deux fables de Lafontaine*, dites par M. Leloir, de la Comédie-Française,

*La Correspondance*, pièce inédite de Félix Galipaux.

*La Fiancée de carton*, pantomime jouée par Eug. Larcher et Mlle Sanlaville.

*L'Invitation à la valse,* jouée par les artistes de la Comédie-Française.

Intermédes de musique par l'orchestre des Tziganes.

— M. Marie est chargé du service de M. Hutinel, à la Pitié, pour six mois.

Cours a l'Ecole pratique de la Faculté. — M. le docteur Bérillon, directeur de la *Revue de l'Hypnotisme*, a commencé le mardi 14 mai, à cinq heures du soir, dans l'amphithéâtre nº 3 de l'Ecole pratique de la Faculté de médecine, un cours libre de pathologie nerveuse sur les *Applications de l'hypnotisme à la thérapeutique* et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

Dans ce cours, le docteur Bérillon passera en revue les acquisitions récentes faites dans le domaine de l'hypnotisme. Il étudiera spécialement « les indications et les contre-indications de l'hypnotisme dans le traitement des maladies nerveuses et dans ses applications à la pédiatrie ».



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Association Générale

### DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

#### TRENTIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Tenue a Paris, les 12 et 13 mai 1889, sous la présidence de M. Henri ROGER.

*Première séance.*

M. le Président Roger déclare la séance ouverte et prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers Collègues,

Dans l'Assemblée générale de 1888, mes premières paroles étaient attristées, et je déplorais les morts cruelles de Gosselin, de Foville, de Martineau, enlevés coup sur coup à l'Association dont ils avaient été les serviteurs invariablement dévoués.

A ces deuils un autre non moins pénible s'ajoute aujourd'hui, et j'ai à pleurer avec vous la perte de Mme la baronne Cloquet.

## FEUILLETON

### CAUSERIE

« Une bonne infirmière doit être jeune, jolie et amoureuse, » disait un éminent chirurgien de nos hôpitaux, un des plus hardis et des plus heureux, à notre ami M. Kirmisson. — Et pourquoi donc? demanda celui-ci, qui s'étonnait de ces exigences. — C'est, répondit le chirurgien, parce qu'il y a des chances pour qu'elle soit propre.

Cette boutade renferme une forte dose de vérité. Mais il y a un obstacle à cela ; où trouver réunis les trois éléments réclamés chez une infirmière ? De nos jours une personne jeune, jolie et amoureuse ne se résignera pas facilement à être infirmière, et si elle débute par là, il y a gros à parier qu'avant peu elle grossira le nombre des compagnes que les étudiants possèdent, non pas à l'hôpital, mais hors de l'hôpital. Jeune, c'est possible, amoureuse, c'est de cet âge ; cela suffira peut-être pour que la propreté s'y joigne. Ne soyons pas trop exigeants sur la beauté... et prêchons d'exemple : soyons propres !

On a beaucoup fait dans ces derniers temps pour l'antisepsie hospitalière. Depuis que notre ami Maunoury (de Chartres) s'est fait construire pour une somme modique un petit amphithéâtre d'opérations, le rêve de tout chirurgien a dû être évidemment de posséder un amphithéâtre pareil. Je ne crois pas qu'on l'ait fait à Paris, mais il nous

Ces contemporains de nos âmes,
Ces mains qu'enchaînait notre main,
Ces frères, ces amis, ces femmes,
Nous abandonnent en chemin.

Nous perdons en M^me^ Cloquet notre plus grande bienfaitrice; nous avions acclamé comme vice-président d'honneur M. le professeur Cloquet, heureux de parer l'Association des derniers rayons de la gloire du vieux maître; tous deux s'intéressaient vivement à notre Œuvre; tous deux étaient de moitié dans les libéralités qu'ils prodiguaient aux affligés de la profession et leurs bienfaits semblaient s'épancher d'un même cœur.

Veuve et privée de la félicité intime d'un long ménage, Mme la baronne Cloquet redoubla d'affection pour les médecins malheureux, et consola dans la charité son inconsolable douleur. Vous vous rappelez quelle constance, quelle ingéniosité elle mettait dans ses générosités annuelles, renouvelées avec un doux acharnement. Elle a fait des rentes à nos déshérités, et elle a pu, en se servant habilement de la loi même, constituer des titres de nue propriété en faveur de l'Association et lui assurer, presque sans frais, la possession de ces rentes; elle a pu ainsi frauder la mort et mettre à l'abri dans le sein des pauvres une portion de sa fortune.

Vers la fin de sa vie, la compatissante Mme Cloquet avait la volonté de donations nombreuses : mais elle n'a pas eu le temps de les régulariser; elle s'est laissé surprendre par la maladie qui a bouleversé et compromis ses projets charitables.

A Mme la baronne Cloquet, patronne et consolatrice des misérables, nous avions promis une gratitude éternelle, et nous tiendrons à tout jamais cette promesse; selon le désir formel qu'elle a plusieurs fois exprimé, la totalité des dons figurera dans l'*Annuaire* (notre *livre d'or*), sous le titre de *Fondation Jules Cloquet*. Le nom de nos deux bienfaiteurs perpétuels, je le prononce, comme vous, avec une reconnaissance émue; confions-en le souvenir à nos descendants, et ce nom vénéré et chéri sera immortel comme l'Association.

---

revient qu'un chirurgien d'une grande ville de province, professeur de clinique, est arrivé à réaliser son rêve. Seulement il lui coûte un peu plus cher, le triple, je crois; et puis il y a une grande faute de construction; le vestiaire se trouve dans l'amphithéâtre; de sorte qu'on y apporte tous les microbes qu'on a ramassés dans les salles ou ailleurs, et qu'on sème dans l'amphithéâtre en se déshabillant. A revoir, ce point-là.

*
* *

La question de l'hypnotisme, toujours à l'ordre du jour, puisque M. le docteur Luys continue à en faire le sujet de ses conférences à l'hôpital, de même que M. Charcot à la Salpêtrière, a suggéré à l'un de nos lecteurs, des plus incrédules en la matière, l'idée suivante, qu'il nous prie de reproduire :

« Je ne nie pas l'influence que peuvent exercer des gens bien portants sur des malades dont le système nerveux est plus ou moins ébranlé; on peut faire dire à des demi-fous, à des demi-idiots, tout ce qu'on veut, leur faire commettre tous les actes de démence, d'erreur de sens qu'on désire; mais, je le répète, il faut opérer sur des natures très inférieures à tous les points de vue, pour en faire des « sujets ».

L'Académie de médecine attend, depuis un demi-siècle, la magnétisée qui lira un livre fermé devant elle. Pourquoi n'agirait-on pas de même pour les hypnotiseurs et les gens à suggestions? Que l'Académie décide qu'elle ne verra autre chose en eux que des charlatans et des fous, tant qu'un « suggestionneur » n'aura pas suggéré à M. de Roths-

La veuve de M. Lallement, professeur à la Faculté de Nancy et président de la Société de Meurthe-et-Moselle, depuis quelques mois seulement, vient d'envoyer une touchante offrande à notre trésorier en souvenance de son mari.

En 1864, M. Lallement était attaché à l'hôpital des Enfants, comme interne (ce titre est pour les aspirants au doctorat le premier sourire de la gloire). J'eus bien vite apprécié ses remarquables qualités et je présageai ses succès futurs.

J'avais fait amitié avec cet excellent disciple, et je suivais avec intérêt la marche ascendante de sa fortune scientifique et professionnelle. De même, dans l'Association, il était monté rapidement en grade, et en 1888, il était nommé, par le suffrage unanime de ses confrères, président de la Société de Meurthe-et-Moselle. Et voilà que l'ardent travailleur, qui semblait infatigable, meurt à la peine, frappé soudainement. Hélas! les souhaits de bienvenue adressés d'ordinaire en cette solennité, aux Présidents nouveaux par notre Secrétaire général, se sont changés en éloge funèbre.

Que la veuve désolée veuille bien agréer l'hommage de nos respectueuses sympathies. Le présent qu'elle fait à nos affligés est, pour le Président général, comme un adieu du cher défunt.

L'Association n'a connu David Roth que par le legs considérable qu'il lui a fait (1), je veux redire aujourd'hui quel fut le confrère qui s'est révélé à nous par un acte éclatant de générosité, et payer à sa mémoire honorée un juste tribut de louanges.

Le docteur Roth fut à la fois un médecin érudit et un observateur d'une rare puissance de travail, comme en témoignent neuf gros volumes qui ne contiennent pas moins de cinq mille faits cliniques.

Il fut un des précurseurs de l'expérimentation physiologique des médicaments, et redevenu étudiant au déclin de sa carrière, il fréquentait les laboratoires et applaudissait à l'évolution de la médecine moderne. Sa vaste

(1) Legs de cent-cinquante mille francs.

---

child, par exemple, l'idée d'ouvrir ses coffres et de lui donner un billet de mille francs, malgré sa volonté. Alors, mais alors seulement, le problème sera résolu. On obtiendra tout très facilement des suggestionnés, tant qu'on se contentera de leur faire avaler des verres d'eau, ce qui ne coûte rien, en leur faisant dire : « Oh! le champagne exquis! » mais on échouera dès qu'il s'agira de faire tirer seulement dix francs d'une poche.

Là a été l'écueil perpétuel des sorcelleries du moyen âge, des Cagliostro, etc., etc.; les suggestionneurs arriveront toujours à obtenir des crises de nerfs, des abandons de vertu même! Ils ne feront jamais ouvrir un porte-monnaie malgré lui. »

Eh bien, je ne suis pas de l'avis de mon sceptique lecteur. Les suggestionnés, mâles ou femelles, ne se sont pas bornés à avoir des crises de nerfs, à boire de l'eau qu'ils prenaient pour du champagne exquis, à compromettre même leur capital; ils ont volé, tué, empoisonné par ordre, ce qui est déjà mieux que d'ouvrir son porte-monnaie et de donner dix francs. Je suis bien persuadé que M. de Rothschild ne résisterait pas à un suggestionneur habile, d'autant plus que tous les Rothschild savent ouvrir à propos leur bourse quand il s'agit de souscrire à des œuvres de charité; et tout le monde sait aussi bien que moi qu'il n'a pas été difficile de lui suggérer de donner plusieurs billets de mille francs pour l'Institut Pasteur, l'Œuvre de la tuberculose, etc. Etait-il hypnotisé dans ces moments-là? *Chi lo sa?*

***

J'ai lu autrefois, je ne sais plus où, qu'un monsieur voulant se débarrasser d'un singe

intelligence, son noble caractère, lui avaient valu de hautes amitiés scientifiques; Broussais, Trousseau, Claude Bernard, de Humboldt, Arago.

Ce n'était pas seulement un contemplatif, c'était un inventeur, et il imagina une machine à calculer pour laquelle une médaille d'or lui fut décernée par la *Société d'encouragement pour l'industrie nationale*, le ministère des Travaux publics en acheta douze exemplaires, et le modèle a été déposé au Conservatoire des arts et métiers.

Son esprit était également ouvert aux lettres et aux choses de l'Art. Il avait réuni une admirable collection d'estampes rares, et ses décisions faisaient loi auprès des experts en chalcographie. Ces collections précieuses, nous les avons rendues, comme souvenirs de famille, aux deux frères de David Roth, si fidèles, si empressés dans l'accomplissement de ses volontés suprêmes.

Vrai philanthrope, le docteur Roth aidait les souffrants et de son art et de sa bourse ; dans les épidémies cholériques de Vienne et de Paris, en 1832, il prodigua son dévouement, sans réclamer d'autre récompense que les félicitations municipales.

Avec la sérénité du sage, il accepta les maux de la vieillesse et les tristesses de la cécité; il se consolait par la littérature, et tous les jours, pendant deux séances de trois heures chacune, il se faisait lire les classiques français, allemands, anglais, hongrois. Retiré dans son cabinet d'étude, au milieu de ces ténèbres, il se plaisait à revoir par les yeux de l'esprit les objets d'art qui l'entouraient et les chefs-d'œuvre des musées et galeries de l'Europe dont il avait une connaissance profonde.

Hongrois d'origine et naturalisé Français, le docteur David Roth se survit, dans sa patrie adoptive, par le bien qu'il a fait à l'Association : c'est justice de placer son nom à côté de celui de Cloquet, et de lui donner aussi l'immortalité dans nos cœurs reconnaissants.

La liste des donateurs de l'année va vous être présentée par M. Brun qui proclamera les noms de nos lauréats de la fraternité, soit les vétérans, MM. Ricord, Marjolin, Lannelongue, Leroy-Dupré, Péan, Mathias Roth,

---

qui avait la manie de se faire la barbe avec ses propres rasoirs à lui patron, fit un jour semblant de se couper le cou avec un de ces instruments, le singe, trompé par ce simulacre, y alla bon jeu bon argent, et se coupa réellement le cou.

Nous ne savons si le fait était exact; mais en voici un dont l'authenticité nous est garantie par un correspondant de Montrichard (Loir-et-Cher). Il s'agit d'un singe et, qui mieux est, d'un singe savant.

Il s'appelait Bertrand et faisait partie d'un cirque allant de ville en ville. Entre autres exercices, on l'avait dressé à tirer le pistolet, tout en galopant à cheval sur un chien.

Le professeur et l'élève étaient fort bien ensemble, — ce qui n'arrive pas toujours. Ils ne se quittaient guère. Tout dernièrement, on ne sait pour quel motif, le malheureux dresseur résolut d'en finir avec la vie, et d'une balle de revolver, tirée dans la bouche, se fit sauter la cervelle. La mort fut instantanée.

Le singe, témoin de l'événement, et qui, sans doute, n'avait pas perdu un seul détail, dut ramasser à terre l'arme tombée de la main de son maître et, par imitation, fit exactement la même chose. La mort fut également instantanée.

On trouva les deux cadavres couchés côte à côte ; l'animal tenait encore le revolver entre ses doigts crispés. Le docteur C..., appelé à constater le décès du dompteur, fut stupéfait de se trouver en présence d'un double suicide.

Celui du singe n'était pas un suicide pour de vrai, mais un suicide par imitation; les animaux peuvent cependant, paraît-il, se suicider, et les grands journaux racontaient

et tant d'autres qui ont lassé nos louanges, soit les nouveaux, MM. les docteurs Leroux, président de Seine-et-Oise, et Hallopeau, agrégé de la Faculté. Trois de ces généreux, s'inspirant du conseil d'Amédée Latour, ont marqué un événement heureux non par une pierre blanche, selon le mode économique des anciens, mais, à la façon libérale des modernes, par un billet de banque nouveau modèle. M. Leroux a fêté ainsi son élection à la présidence de la Société de Seine-et-Oise, et M. Hallopeau sa nomination de chevalier de la Légion d'honneur.

M[me] Lannelongue, une de nos plus aimables protectrices, vient d'être rendue à la santé par une opération dont le succès, rare autrefois, est aujourd'hui très fréquent, grâce aux progrès récents de la chirurgie. M. le professeur Lannelongue a témoigné sa joie d'époux et de chirurgien par un versement de deux mille francs à la Caisse des pensions viagères; cette large offrande à nos malheureux, c'est la dîme du bonheur.

Au mois de septembre 1888, le docteur Belle de Boissac, membre de la Société de Tarn-et-Garonne, a laissé à l'Association sa fortune, évaluée à une centaine de mille francs, à charge d'exécuter plusieurs legs. Tel il s'était montré pendant sa vie homme de bien, charitable, aimant, tel il reparaît dans l'expression de ses dernières volontés.

Après six ans de mariage, sa femme mourait en donnant le jour à une fille, et, quatre ans plus tard, l'ange disparaissait à son tour. Cette solitude si promptement faite au foyer domestique avait plongé Belle dans un chagrin profond qui mina sa constitution robuste et ne cessa qu'avec sa vie.

Dans son testament, il veut que l'on construise, après son décès, un caveau funèbre où se retrouveront avec lui les êtres adorés qu'il a perdus; il veut que la tendre union brisée par la mort se renoue dans le tombeau. Il demande que le souvenir de la femme soit rattaché au sien dans l'héritage qu'il destine aux confrères tombés dans le malheur, et que, sa succession étant liquidée, on constitue, pour des pensions viagères, un fonds qui s'appellera, de leurs deux noms réunis, legs Nathalie-Belle.

Avant de quitter ce monde, il songe aux faibles auxquels il va manquer;

---

dernièrement qu'un chien s'était volontairement noyé parce qu'on lui avait administré une correction sérieuse à coups de fouet.

Cela n'a rien d'étonnant, quand on connait toutes les preuves d'intelligence données par les animaux; la *Revue scientifique* en a inséré de bien plus étonnantes dans ses colonnes dans ces dernières années. SIMPLISSIME.

---

TRAITEMENT DU CORYZA. — Morell-Mackenzie.

Sulfate de morphine.......................... 0 gr. 12 centigr.
Sous-nitrate de bismuth.................. 3 gr. 50 —

Mêlez. — Au début du coryza, priser fréquemment cette poudre, sans pourtant en continuer l'usage pendant plus de 48 heures. — Afin d'empêcher le coryza de dégénérer en bronchite, prendre le soir, deux pilules préparées avec : Extrait de jusquiame, et poudre de ciguë, āā 20 centigrammes; calomel et poudre d'ipéca, āā 5 centigrammes pour 2 pilules. — Le lendemain matin, avaler à jeun, une solution de tartrate de soude et de séné. N. G.

---

il pense à un frère, à une servante vieillie dans la famille; il pense même à son vieux chien Turco, à qui il lègue une rente de cent francs. A cet unique compagnon de sa solitude, il aurait pu dire, comme le chantre de *Jocelyn* :

Et seuls à nous aimer, aimons-nous, pauvre chien!

Pour protéger contre tout risque ces usufruitiers, Belle les met sous la garde de l'Association.

On lit dans Voltaire : « Est-il rien de plus estimable au monde qu'un médecin qui, ayant dans sa jeunesse étudié la nature, connu les secrets du corps humain, les maux qui le tourmentent, les remèdes qui peuvent le soulager, exerce sont art en s'en défiant, soigne également les pauvres et les riches, ne reçoit d'honoraires qu'à regret, et emploie ces honoraires à secourir l'indigent? » D'après le témoignage de ses confrères de Tarn-et-Garonne, le docteur Belle aurait ressemblé à ce portrait, type idéal difficile à réaliser en ce temps dur à notre profession et favorable à la floraison de l'exercice illégal : seul peut y atteindre le médecin préalablement pourvu, comme l'était Belle, d'un bon patrimoine.

Notre incomparable trésorier, qui depuis trente ans veut bien rester inamovible, est satisfait et justement fier de la prospérité financière de l'Association ; tout à l'heure il montrera la plénitude de ses caisses, la progression incessante des recettes, et le budget de notre république médicale toujours en excédent, comme à Salente de fabuleuse mémoire, d'où l'espoir fondé que notre avoir total atteindra bientôt deux millions et demi. M. le docteur Passant vous donnera aussi la bonne nouvelle que la Commission des pensions a pu, cette année encore, n'écarter aucune demande, et elle proposera au vote de l'Assemblée toutes les pensions réclamées par les Sociétés locales. Le nombre en sera demain de quatre-vingt-cinq, qui représentent un capital d'environ douze cent mille francs. Merveilleuse puissance de l'économie et de la bienfaisance confraternelle; payer des cotisations annuelles de douze francs et s'en faire cinquante mille livres de rente!

Il convient cependant de ne pas se faire trop illusion sur une opulence plus apparente peut-être que réelle : notre organisation même ne permet guère l'accumulation de richesses permanentes; notre Société en participation fonctionne très différemment des autres; les actionnaires les plus humbles sont seuls à toucher des dividendes; les bénéfices leur sont partagés au prorata de leurs souffrances; les administrateurs, faisant emploi des ressources disponibles, ne mettent presque rien à la réserve, et, tout le long des jours sombres, le trésor s'écoule et s'épuise en bienfaits.

Certes l'Association a beaucoup, mais il lui manque davantage. Pour qu'elle soit constamment en mesure de tenir envers ses sociétaires des engagements imprescriptibles, il lui faut travailler incessamment à grossir la fortune de la communauté; il lui faut posséder des ressources toujours supérieures aux besoins, de manière à fournir aux Sociétés locales défaillantes un appui plus efficace et surtout à élever le nombre et la valeur des pensions viagères, pensions qui sont à la fois, pour les dignes titulaires, une retraite et un diplôme d'honneur.

Pour les associations telles que la nôtre, le superflu est chose nécessaire; on l'a dit avec raison, les sociétés de bienfaisance ne sont jamais

vraiment riches, en regard de l'accroissement plus rapide des misères à soulager. « Les affaires de la charité ne vont jamais bien; elle est l'éternelle pauvresse : à peine a-t-elle réussi à se garnir les mains que le malheur les vide. »

Donnons donc, chers associés, donnons sans cesse ni relâche à la communauté : dans notre fédération confraternelle tous les membres sont solidaires, et le bien que nous faisons à autrui nous le faisons à nous-mêmes. Il ne suffit pas d'avoir constitué la famille médicale, il faut pourvoir largement à son existence.

Il faut que l'Association soit grande et puissante par le nombre, par la richesse, par la concorde et l'union intime entre ses membres égaux, en même temps qu'elle forcera, par les services rendus, l'estime et la reconnaissance publiques.

Le moyen de gagner ces avantages est très simple; la recette infaillible, je la trouve dans l'Evangile, vieux formulaire de thérapeutique morale : Soyons-nous de bons et vrais frères; aimons-nous, c'est la douce loi; sachons aimer, c'est la meilleure science.

Exposé de la situation financière de l'Association générale par M. BRUN, Trésorier :

La situation financière de l'Association que, d'après nos statuts, je soumets chaque année à votre examen et à votre approbation, se présente dans les meilleures conditions de prospérité.

Le nombre des membres de l'Association va toujours en augmentant, — plus de trois cents nouveaux sociétaires en 1888. — Toutes les Sociétés locales sans exception ont fait leurs versements statutaires qui permettent de constater une notable augmentation de leurs revenus, et il a été remboursé à notre caisse plus de six mille francs pour Annuaires, chiffre qui n'avait jamais été atteint et qui couvre les frais de cette publication.

En somme, la totalité des versements des Sociétés locales à la Caisse générale a été, pour l'exercice 1888-1889, de........................................Fr. 23.855 60

Si nous y ajoutons pour intérêts bonifiés par la Caisse des Dépôts et Consignations..................................................Fr. 3.675 15

Et pour reliquat de l'an dernier..................................Fr. 3.999 59

Nous avons une somme totale de..................................Fr. 31.530 34

dont il a été fait emploi comme suit :

*Dépenses et emplois des fonds*

Les frais d'administration — impressions, circulaires, — frais de trésorerie et de secrétariat, ont absorbé la somme de..............................Fr. 2.305 30

Le loyer, — contributions, assurance, — concierge, chauffage, éclairage, etc., ont été pour l'Association une charge........................Fr. 856 60

Il a été fait emploi en frais divers et gratifications de..............Fr. 2.124 80

Etant fait observer que dans cette somme se trouve comprise celle de 1,198 fr. 50 pour frais funéraires du docteur Belle de Moissac, qui a institué l'Association pour sa légataire universelle.

L'Annuaire nous a coûté pour impression et distribution............Fr. 6.296 40

La Caisse a payé en allocations diverses et subventions aux Sociétés ocales..................................................Fr. 3.850 »

Nous avons payé pour frais judiciaires et de succession............Fr. 631 50

Enfin la Caisse générale a versé à la Caisse des pensions une subvention

À reporter.......... 16.064 60

| | |
|---|---|
| Report............... | 16.064 60 |
| de.............................................................Fr. | 8.000 » |
| Ce qui porte nos dépenses et emplois de fonds pour l'exercice 1888-1889 à. | 24.064 60 |
| Et il reste en caisse pour les premiers besoins........................Fr. | 7.465 74 |
| Total égal aux recettes............................Fr. | 31.530 34 |

*Caisse des pensions de retraites*

Mais c'est notre Caisse des pensions de retraites qui a été tout particulièrement favorisée pendant le dernier exercice, par le legs important du docteur David Roth.

Déjà au compte de l'année dernière figurait une somme de vingt mille francs à compte sur ce legs. Pendant le dernier exercice nous en avons touché le solde, soit 126,576 fr. 80, non compris un titre de rente française 3 pour 100 de trois cents pour le service de la pension viagère d'un serviteur du docteur Roth, titre dont nous possédons la nue propriété.

D'autres et nombreux donateurs, presque tous membres de la Société Centrale, ont aussi témoigné de leur sympathie pour notre Œuvre par leurs dons gracieux.— M. Lannelongue. 2,000 francs; MM. Ricord et René Marjolin, chacun 1,000 francs; MM. Henri Roger et Lallement, chacun 500 francs; M. Hugot (de Laon), 250 francs; M. Leroy-Dupré (de Bellevue), 200 francs; MM. Brun (Auguste), Burdel (de Vierzon), Hallopeau, Hérard, baron Larrey, Leroux (de Versailles), Pfeiffer, Roth (Mathias) (de Londres), frère de notre généreux donateur, chacun 100 francs; MM. Cordès (de Genève), Georges Marjolin, Georges Wickham, etc., pour des sommes un peu moins fortes.

Total 6,525 francs.

Les Sociétés locales, sans fournir à notre Caisse des pensions tout ce qu'elles pourraient laisser sortir de leurs Caisses particulières sans craintes de sinistres pour lesquels l'Association générale est toujours prête à venir à leurs secours soit par ses subventions, soit par ses pensions viagères, ont versé pendant le dernier exercice la somme de 20,390 fr. 15 cent. alors que certaines années ces versements se sont élevés à plus de 27,000 francs; les plus vaillantes de ces Sociétés ont versé de deux mille francs à quatre cents francs; ce sont : la Société Centrale, la Société de la Gironde, celles de la Seine-Inférieure, de la Haute-Garonne, de Saône-et-Loire, des Bouches-du-Rhône, de la Charente, de Châtillon-sur-Seine, Laon, Haute-Savoie et du Nord, toutes les autres Sociétés figurent pour des sommes moins fortes.

La Caisse générale a fourni à la Caisse des pensions une subvention de 8,000 francs. Les arrérages de rentes constituées au profit de la Caisse des pensions ont été de 2,771 francs.

Enfin il a été bonifié à notre compte de fonds de retraites par la Caisse des Dépôts et Consignations la somme de 6,680 fr. 71 pour intérêts des sommes réintégrées pendant l'exercice, par extinction de pensions.

Tous ces encaissements ont porté l'Avoir de la Caisse des pensions à la somme de 1,275,467 fr. 32.

Savoir :

| | |
|---|---|
| 1° En caisse du trésorier...........................Fr. | 4.684 14 |
| 2° A la Caisse de la vieillesse pour le service de 70 pensions.........Fr. | 952.180 » |
| 3° A comptes de fonds de retraites pour constitution des pensions de 1889 et années suivantes.............................Fr. | 318.603 18 |

Nous donnons ci-après le Bilan de la Caisse générale et de la Caisse des pensions, d'où il appert que l'Avoir total de l'Association générale est de 1,364,603 fr. 60 non compris les rentes constituées et les nues propriétés non plus que l'Avoir des Sociétés locales des Départements, qu'on peut élever à environ un million de francs.

C'est avec ces ressources que la Caisse des pensions fournit en ce moment 70 pensions de 600 francs avec un capital de 952,180 francs; demain il sera proposé à l'Assemblée

générale de constituer 15 pensions nouvelles de 600 francs avec un capital de 225,000 fr., et il restera libre pour les pensions de l'avenir la somme de 98,267 fr. 32.

Pendant le nouvel exercice l'Avoir de l'Association se trouvera augmenté de 363 francs de rente provenant du legs du docteur Bourdin et probablement :

1° Des nues propriétés qui nous sont échues par le décès de Mme la baronne Cloquet;

2° Du produit de la liquidation de la succession du docteur Belle, de Moissac (Tarn-et-Garonne) qui a institué l'Association générale pour sa légataire universelle.

Après cet exposé, M. Boutin, membre du Conseil général, fait un court rapport sur la gestion financière du trésorier, et propose à l'Assemblée l'approbation des comptes qui lui ont été soumis. Puis vient la lecture, par M. A. Riant, secrétaire général, du compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1888.

M. Riant rappelle d'abord le sonvenir des Présidents des Sociétés locales que l'Association a perdu, et leur adresse un dernier hommage. Ce sont : MM. Dupré (de l'Ain), Lallement (de Meurthe-et-Moselle), Denucé (de la Gironde), Benoist (de la Loire-Inférieure), Deperet-Muret (de la Haute-Vienne). Il examine le bilan des caisses de l'Association, la liste des secours qu'elle a donnés pendant le dernier exercice, l'accroissement du nombre de ses membres (il y a cette année 311 nouveaux Sociétaires). Enfin il passe en revue les diverses manifestations de l'activité des Sociétés locales pendant l'année 1888.

La *lutte contre l'exercice illégal de la médecine* et contre le charlatanisme a été vigoureusement menée par un grand nombre de Sociétés locales. En attendant une loi qui fasse mieux respecter nos droits, il nous convient, tant que loi, magistrature, opinion même, sembleront favoriser à l'envi le charlatanisme, — de poursuivre, moins une réparation pécuniaire qu'une satisfaction de droit et d'honneur : de celle-ci nous ne voulons jamais nous désintéresser. La question s'élève ; c'est de l'intérêt général, c'est de la dignité professionnelle qu'il s'agit, et l'Association est bien dans son rôle en ne cessant pas de soutenir, même au péril de défaites qui l'honorent, les droits, l'honorabilité des médecins, et disons-le hautement, l'intérêt de la santé publique.

La tendresse de la justice pour les audacieux empiriques n'est pas faite pour en diminuer le nombre ni les entreprises. Doléances des médecins, plaintes des victimes, il semble que tout cela doive être sacrifié à la cupidité et aux mensonges de ces intéressants exploiteurs.

Si je pouvais ne pas vous fatiguer du récit de ces misères, si je pouvais vous épargner ces dégoûts ! Après tant de faits navrants, verrons-nous enfin la justice s'émouvoir? Hélas! les deux jugements signalés dans le compte rendu de la Société de Saône-et-Loire ne nous font pas encore entrevoir cette espérance.

L'orateur cite plusieurs exemples d'exploitation de la crédulité publique par d'audacieux charlatans.

*Assistance en cas de maladie.* — L'innovation dont je vais parler maintenant montre bien que, suivant l'expression du président de la même Société, nos confrères « n'ont pas seulement mis la main, mais le cœur dans les affaires qu'ils ont entreprises, et dans toutes celles qui leur ont été signalées, toutes les fois que l'intérêt particulier des médecins s'est trouvé lié à l'intérêt général de la corporation ».

« C'est pour resserrer les liens qui unissent les membres de l'Association que la Société de la Haute-Garonne a vivement souhaité de voir s'acclimater dans son ressort l'*Œuvre d'Assistance médicale mutuelle*, fondée par M. le docteur Lagoguey, et qu'elle a donné toute sa collaboration à la constitution d'une nouvelle Société. » — Les statuts approuvés viennent de nous être transmis.

Vous allez voir la même pensée et les mêmes tentatives de réalisation se produire ailleurs.

C'est le docteur Thonion, président de la Haute-Savoie, qui constate l'heureuse influence des visites confraternelles faites à des sociétaires âgés, malades ou infirmes. Il a

trouvé à Taninges, un sociétaire, médecin depuis 60 ans, âgé de plus de 85 ans; sans la visite du président, il n'eût jamais demandé la pension, qui lui était devenue indispensable.

Un sociétaire de Sallanches voulait se retirer parce qu'il était malade. Le docteur Thonion le voit, obtient qu'il revienne sur sa détermination, et lui fait assurer des soins.

Le président de la Haute-Savoie a bien le droit d'ajouter :

« Au cours d'une longue maladie, une démarche semblable est presque un devoir d'assistance, elle est toujours précieuse et réconfortante pour le malade. J'estime que nous ne devons pas être, dans notre Association, de simples *sociétaires à cotisation*, mais les membres d'une véritable famille médicale. »

M. Mignot, président de la Société de la Nièvre, s'exprime ainsi :

« Pour resserrer les liens confraternels qui unissent les médecins, et puisque notre Association est une Société de secours mutuels, je voudrais que, comme dans les autres Sociétés de ce genre, les secours fussent efficaces et évidents. »

Il propose d'assurer des soins médicaux aux confrères malades ; de leur fournir à eux et à leur famille, en cas de besoin, des secours pécuniaires immédiats, s'ils sont nécessaires.

En attendant que le projet de règlement en ce sens soit voté, une somme a été mise à la disposition de la Commission, pour être envoyée, comme secours urgent, au sociétaire malade, ou à sa veuve et à ses enfants.

Enfin, permettez-moi encore de rapprocher de ces intentions et de ces faits la proposition du docteur Ronneaux (de Cambrai). Il s'agit de fonder entre les médecins du département du Nord une Société de secours mutuels, dont le but serait l'*Assistance pécuniaire dans le cas de maladie*, et nos confrères mettent à l'étude les moyens de réaliser cette idée.

Ce n'est donc plus de la théorie, Messieurs. Nous sommes déjà en présence d'études et de faits. Quelques Sociétés locales expérimentent ou se préparent à expérimenter l'assistance en cas de maladie.

Il y a là un trait d'union entre l'Association et une Œuvre d'assistance d'un caractère éminemment utile. Pour cette forme de collaboration, il n'est pas besoin de surfaire les ressources dont l'Association a réellement la possession ou la libre disposition.

En outre, ce n'est certainement pas une mauvaise manière d'apprécier les conditions, les difficultés, les résultats d'une œuvre de ce genre que d'en faire ainsi des essais partiels. Une Société locale est mieux placée pour reconnaître la légitimité des indemnités réclamées et en déterminer le taux, variable suivant les localités ou les situations; pour surveiller le fonctionnement de l'assistance donnée; elle connaît ses malades, elle les a plus sous la main; le lien confraternel est fortifié par des relations plus fréquentes. Les résultats sont-ils encourageants, l'exemple sera bientôt imité par d'autres Sociétés, empressées de voir fonctionner chez elles un nouveau service, qui aura déjà fait ses preuves dans une autre partie de l'Association.

Ainsi, j'ai le droit de le dire, l'assistance matérielle est partout en voie de progrès, dans notre Œuvre. Il en est de même, on va le voir, de l'assistance morale.

*Défense des intérêts professionnels.* — Un conflit s'était élevé, à Marseille, entre l'administration du Bureau de bienfaisance et les vingt-huit médecins préposés au service médical des indigents. M. Villard, président de la Société locale, fit une démarche, de concert avec le docteur Sicard, président du Comité médical des Bouches-du-Rhône, pour défendre les intérêts menacés de ces vingt-huit confrères. Cette intervention quasi officielle amena l'Administration à abandonner des prétentions exorbitantes, comme l'obligation, pour les médecins du Bureau, de tenir chez eux cabinet ouvert pour les malades secourus, au lieu de les recevoir au siège de l'Œuvre, et la diminution de moitié du nombre des médecins chargés de ce service. Enfin, il y a tout lieu d'espérer que, grâce aux démarches faites par le Président de la Société des Bouches-du-Rhône, il ne sera pas donné suite au projet de réduction de 500 à 300 francs des émoluments de nos confrères.

S'il était une profession dont les membres eussent quelque raison d'espérer rester à

l'abri des mouvements de bascule, des caprices ou des vengeances de la politique, c'était bien la profession médicale, dont l'œuvre est toute de dévouement et de philanthropie.

Un ou deux épisodes suffiront pour ôter à ceux qui l'ont encore, une si douce illusion. Ils montreront le rôle protecteur que peut exercer l'Association, le secours, momentané ou durable, qu'elle peut apporter à des confrères aux prises avec de puissantes inimitiés.

Permettez que je laisse ici la parole à M. Durand-Fardel, président de la Société de l'Allier :

« L'un de nos confrères, aimé et estimé de tous ceux qui le connaissent, était, dit-il, chargé depuis de longues années du service des enfants assistés. Il apprend un jour qu'il est révoqué, ou sur le point de l'être. Pourquoi? Ceux à qui vous avez fait l'honneur de confier les intérêts de la Société accourent à son appel. Le plus haut représentant de l'Administration, interrogé, déclare : — que notre confrère a rempli, depuis dix-huit ans, ses fonctions de la manière la plus satisfaisante et que ses notes sont des meilleures. Il reconnaît que, agent de l'Administration, on n'a à lui attribuer aucune manifestation de nature à en provoquer la susceptibilité. — Mais, écoutez bien ceci : il a une clientèle compromettante; c'est-à-dire qu'il a des clients notoirement hostiles au gouvernement, et ceci ne doit pas être toléré d'un agent de l'Administration. Si je vous fais observer que ce confrère pratique dans une petite localité où le choix d'un médecin est très limité, ce n'est pas pour amoindrir les qualités personnelles qui lui ont valu sans doute a confiance de ses malades, riches ou pauvres.

« Les instances des représentants de l'Association ne furent point vaines. Il ne fut pas donné suite à la révocation de notre confrère, et, dans un de nos derniers comptes rendus, je me félicitais devant vous des résultats heureux de notre intervention. — Mais, quelques mois après, sans bruit, et cette fois sans rémission, notre confrère était remercié de ses dix-huit années de bons services, et remplacé. »

Protester au nom du droit, obtenir le sursis d'une injustice, c'est la seule arme qui restait au président de l'Allier, contre la violence. Remercions-le de l'excellent usage qu'il en a su faire.

Il y a quelques semaines, c'était la Société des Landes qui s'empressait de défendre un confrère, coupable d'avoir été candidat aux élections municipales, en opposition avec les vues de l'Administration. Ce confrère expiait sa faute par la perte de ses fonctions de médecin d'hôpital. La Société locale protesta contre la double illégalité commise : révocation par la Commission administrative, en dehors de l'avis du préfet; nomination d'un officier de santé, à la place du médecin révoqué, alors qu'il y avait un docteur dans la localité. Le Conseil général a adressé à la Société des Landes une consultation fortement motivée, rédigée par Me Morillot et Me Vannesson. Quel sera le résultat de l'intervention active de la Société locale? Je ne saurais encore le dire; ce qui est acquis, c'est qu'elle n'a pas failli au devoir confraternel, c'est qu'elle soutient vaillamment, à l'heure qu'il est, les intérêts de la profession...

Partout, les questions d'intérêt professionnel ont été l'objet des plus intéressantes études. Quelques Sociétés locales vont jusqu'à organiser un pétitionnement, pour lequel elles recueillent directement les adhésions des Sociétés locales. Je m'empresse de reconnaître que l'augmentation du tarif des médecins légistes est un but excellent à poursuivre; que la question est de celles sur lesquelles il n'y a pas, dans tout le corps médical, la moindre dissidence; mais, d'une part, le Conseil ne peut-il craindre qu'il n'en soit pas toujours ainsi, et que, la voie ouverte, le pétitionnement direct, et en dehors du Conseil, ne risque de rendre, un jour, quelque peu difficiles les rapports de l'Association avec les pouvoirs publics? C'est aussi le sentiment du secrétaire de la Société du Tarn (Castres), lequel, tout en considérant l'objet de la pétition dont il s'agit, comme devant réunir l'unanimité du corps médical, exprime la crainte « que cette manière de procéder ne constitue un précédent pouvant présenter, le cas échéant, de réels dangers ».

D'autre part, les Sociétés locales, en général moins favorablement placées que le Conseil pour être renseignées sur les chances du succès de ces pétitions, ne risquent-elles pas de faire des tentatives inutiles, parce qu'elles seraient inopportunes?

Est-ce que la disette budgétaire, est-ce que ces années que l'éminent président de la

Société de médecine légale, M. Brouardel, qualifiait d'*années maigres*, et par conséquent défavorables à une élévation de tarif, laissent beaucoup d'espoir de voir aboutir une demande de ce genre, si sympathique et si légitime qu'elle soit ?

A consulter le Conseil général, gardien vigilant de vos droits, la liberté n'aura rien à perdre ; mais l'action sera mieux concertée, l'union mieux affirmée, et puisque c'est de l'union que nous tenons notre force, unissons toujours nos efforts ; ne les divisons jamais.

Toutes les Sociétés locales ont fait une large place aux *secours pour les confrères malheureux, les veuves et les enfants*.

Ici, Messieurs, permettez-moi une observation qui m'est inspirée par la lecture de vos comptes rendus.

Dans tous vos *Bulletins*, les pages consacrées à ces secours montrent, à l'honneur de l'Asssociation, les efforts faits pour ne laisser aucune misère oubliée, non secourue. Nulle part, ni dans les Sociétés les plus prospères, ni dans celles qui sont moins riches, on ne veut admettre que le secours fasse défaut.

En vain prétend-on que la misère est un mal social qui a fait son temps, que la charité n'a plus de place dans notre civilisation, que le mot lui-même semble comme une étiquette malsonnante appliquée à nos secours.

Nous soutenons qu'un secours, donné par une association de confrères, ne saurait froisser la dignité de personne.

L'Association, on veut bien le reconnaître, a dû secourir d'abord les plus pressantes misères.

Est-ce que ce rôle est achevé? Je voudrais pouvoir vous en donner l'heureuse assurance! Mais écoutez le président de la Société de la Loire-Inférieure :

« Notre tâche, dit-il, comme Société de secours mutuels, a été lourde et pénible cette année. Jamais les infortunes médicales n'ont été aussi nombreuses, et n'ont exigé de subventions aussi considérables. Notre recette annuelle a été dépassée de quelques centaines de francs par nos dépenses. Votre Bureau a pris la résolution de ne voter de secours que pour un semestre, et de ne pas vous engager pour l'année entière, désirant conserver quelques fonds pour soulager des malheurs imprévus et possibles. »

D'autre part, je lis dans le compte rendu de la Société de Seine-et-Oise, que la misère frappe à coups redoublés sur les malheureuses veuves, et que la Société a dû accorder de nombreux secours à ces victimes de la profession médicale.

M. Villard, président de la Société des Bouches-du-Rhône, reconnaît que « jamais, à aucune autre époque, la Société locale n'a eu tant d'infortunes à soulager ».

Le secrétaire de la Société de l'Ain signale également l'augmentation toujours croissante des demandes de secours.

Enfin, la Société de la Haute-Vienne, en sollicitant du Conseil général une pension pour un sociétaire âgé de 82 ans auquel elle accorde un secours momentané, reconnaît « qu'elle a été déjà obligée de prendre sur son fonds de réserve, pour des secours antérieurement votés, en faveur de confrères malheureux »?

— Attristantes constatations, direz-vous!

— Mais il faut bien se rendre compte que, plus l'Association sera connue, plus les demandes de secours et de pensions deviendront nombreuses. Et nous ferons toujours tous nos efforts, Messieurs, pour arriver à ce résultat...

Messieurs, je n'aurais pas répondu à l'une de vos plus pressantes préoccupations, si je ne vous donnais des nouvelles de la *Loi sur l'Exercice de la Médecine*. C'est encore au futur que je suis réduit à vous en parler, car il s'agit d'une question d'affaires que priment, paraît-il, beaucoup d'autres intérêts.

Cependant, et grâce aux persévérants efforts du Rapporteur, M. Chevandier, grâce à son énergique intervention, le projet qui intéresse le corps médical a pu être maintenu à son rang, à l'ordre du jour. Faut-il espérer qu'il vienne en délibération avant la séparation définitive de la Chambre ? Permettez-moi au moins de vous rappeler, avec M. le Rapporteur, que l'adjonction du projet du Gouvernement au projet initial garantit contre la caducité la proposition de la Commission ; elle reviendra donc, et à son rang, devant la nouvelle Chambre.

Renouvelons, Messieurs, à notre dévoué confrère, M. Chevandier, l'expression de notre gratitude, pour avoir si vaillamment défendu le projet contre les envahissements, qui le menaçaient d'un ajournement indéfini.

Ne nous décourageons pas. Sachons, au contraire, mettre à profit ces atermoiements, pour élever le médecin à la place qui lui est due dans la société moderne.

En attendant que la législation soit mise en harmonie plus parfaite avec nos besoins, avec la vérité, avec la justice, n'attendons pas pour agir, pour faire nous-mêmes nos affaires.

La meilleure des lois ne nous dispensera jamais de la prévoyance ni du devoir de l'assistance. Même quand il est fonctionnaire, le médecin est-il jamais sûr du lendemain? Rappelez-vous ce confrère injustement révoqué dont je parlais tout à l'heure. Lisez, dans le compte rendu de la Société des Bouches-du-Rhône, l'histoire de ce médecin mort à la rude tâche qu'il a dû remplir jusqu'au dernier jour. « Il fut », dit le docteur Villard, « infatigable dans sa longue et pénible carrière, toujours prêt aux plus grands sacrifices professionnels, n'ayant jamais connu une heure de repos, obligé, pour lutter contre les nécessités de la vie, de desservir *vingt-deux* Sociétés de secours mutuels à la fois, et pendant de longues années ! »

Concluons donc, Messieurs, que le salut n'est point dans de chimériques illusions. Il est où vous l'avez mis : dans l'union qui assure la dignité, l'indépendance du corps médical; il est dans la concorde et la fraternelle bienveillance, s'empressant de venir en aide aux confrères malheureux, prenant la défense des droits et des intérêts de tous; il est dans votre empressement à étudier sans parti pris, sans défiance, les améliorations signalées par l'impatience du mieux. Le salut ! il est dans cette solidarité qui ne divise pas ses efforts, et marche sans bruit, mais sans hésitation, vers l'affranchissement matériel et moral de la profession ; il est dans l'Association, dans ce qu'elle a fait jusqu'ici, et dans ce que, — grâce à vous, Messieurs et chers Collègues, grâce au concours des Sociétés locales et du Conseil général, — elle saura faire encore.

M. Passant lit la première partie de son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1889, puis M. le président Roger, avant de lever la séance, s'exprime en ces termes :

Vous venez, mes chers confrères, de remercier par vos applaudissements, M. le docteur Passant pour le touchant rapport qu'il a écrit avec son cœur et dans lequel il parle des infortunes de nos pensionnés avec une réserve et une bonté si délicates.

Dans ce rapport, je signalerai pourtant une lacune : M. Passant nous a dit que c'est grâce à la munificence du docteur Roth que toutes les pensions réclamées, cette année, par les Sociétés locales, ont pu être accordées ; mais il a oublié d'ajouter que c'est lui qui a inspiré son vieil ami dans les libéralités ultimes et dans le partage de sa fortune entre l'œuvre de l'Hospitalité de nuit de l'Association générale des médecins de France.

M. le docteur Passant est dignitaire dans ces deux institutions bienfaisantes, et vous voyez comme il comprend ses fonctions. Je vous demande de donner à cet habile et heureux conseiller une part de la gratitude immense que nous devons au docteur David Roth.

*Deuxième séance.*

La séance est ouverte à deux heures et demie. Après le vote du procès-verbal de la dernière assemblée générale, et l'approbation des comptes du trésorier, la parole est donnée à M. Passant, pour lire la deuxième partie de son rapport sur les pensions viagères.

Avant cette lecture, M. Brun présente quelques observations sur la nécessité de fournir à l'Assemblée les éléments nécessaires pour qu'elle puisse voter sur les pensions en connaissance de cause, puisque c'est elle, conformément à la loi, qui doit les accorder. Il est donc utile de dresser, comme on l'a fait jusqu'ici, un tableau contenant les motifs qui ont déterminé les choix du Conseil général. Quelques-uns ont pensé qu'on donnait

ainsi une publicité fâcheuse aux infortunes de nos confrères des départements ; mais il n'y a pas là de publicité véritable. Des exemplaires du tableau sont placés sur le Bureau, à la disposition des membres de l'Assemblée.

M. Rouyer (de l'Orne) appuie les paroles de M. Brun ; et M. Riant, secrétaire général, voyant l'empressement des membres de l'Assemblée à demander les exemplaires du tableau susdit, les remercie de justifier ainsi la mesure adoptée depuis longtemps par le Conseil général.

M. Passant achève la lecture de son rapport, dont l'Assemblée vote successivement toutes les conclusions. M. Jeannel déclare être chargé par la Société des Alpes-Maritimes de faire quelques réserves sur l'organisation actuelle des pensions viagères d'assistance; la Société formulera ces réserves, en temps utile.

L'Assemblée procède à l'élection de la Commission des pensions viagères, et au renouvellement des membres sortants du Conseil général.

Commission des pensions : MM. Passant, Richelot, Thomas (de Tours), Worms, Motet, Bucquoy.

Membres réélus du Conseil général : MM. Lannelongue, Hérard, de Ranse, Dufay, Passant, Bancel. Nouveau membre, élu en remplacement de M. Le Roy de Méricourt, démissionnaire : Lereboullet.

L'Assemblée écoute ensuite le rapport de M. Durand-Fardel sur la *Réglementation des vœux des Sociétés locales*. A la suite de cette lecture, M. Marais (du Calvados) présente un amendement en trois paragraphes, et M. Surmay (de Ham) en présente un autre au nom de la Société locale de Saint-Quentin. Une discussion s'engage entre les orateurs précités, auxquels s'ajoutent MM. Nourry, Hameau, Jeannel, Rouyer, Gassot et Maurat. M. Riant fait remarquer que, lorsqu'il s'agit de la simple prise en considération d'un vœu, il n'est pas besoin d'autant de formalités et de complications que s'il s'agissait de discuter sur le fond. Les amendements sont rejetés, sauf le deuxième paragraphe de celui de M. Marais, qui est ajouté aux conclusions du rapport. Ces dernières sont relues et votées successivement.

M. Bucquoy lit son rapport sur la *Mise au concours de toutes les places de médecins d'hôpital*. Après discussion entre MM. Diday, Lardier, Boissary, Beaurieux, Hameau et Palle, les conclusions de M. Bucquoy sont adoptées, sauf le deuxième paragraphe, qui est supprimé d'un commun accord.

Après la lecture du rapport de M. Mottet sur l'*Assistance médicale dans les campagnes*, M. Riant fait l'exposé des vœux nouveaux soumis à la prise en considération :

*Société de l'Aveyron*. — 1° Vœu tendant à obtenir le plus tôt possible une réforme de la loi de 1811, concernant les honoraires à attribuer aux médecins pour les opérations médico-légales. — Pris en considération.

2° Vœu tendant à obtenir que les médecins ne soient pas astreints au paiement de la taxe entière des impositions sur les chevaux et les voitures servant à l'exercice de leur profession. — Rejeté.

*Société de la Haute-Savoie*. — Sur les tarifs en matière de médecine légale; formule plus détaillée que le vœu de la Société précédente. — N'est pas pris en considération.

*Société de la Haute-Vienne*. — Que l'enseignement de la déontologie soit donné dans les Ecoles de médecine. — Rejeté.

*Société de la Gironde*. — 1° Envoi à tous les présidents et délégués, quinze jours au moins avant l'Assemblée générale de Paris, du rapport du trésorier, du rapport sur les pensions viagères et de tous les rapports relatifs aux vœux des Sociétés locales. — Rejeté.

2° Suppression de l'exposé des motifs pour lesquels sont accordées les pensions viagères d'assistance, dans la feuille distribuée aux présidents et délégués. — Question jugée au début de la séance.

3° Séance du lundi ouverte à deux heures et consacrée entièrement à la discussion des vœux et des questions diverses étudiées par les Sociétés locales. — Cette mesure est acceptée d'un commun accord.

4° La Société de la Gironde, convaincue des avantages qui procurerait au corps médical la création d'une caisse d'assurance mutuelle contre la maladie, émet le vœu que le

Conseil général de Paris veuille bien mettre la question à l'étude le plus tôt possible. — Pris en considération.

*Société de l'Oise.* — Qu'il soit fait une étude approfondie des voies et moyens qui permettraient de délivrer aux membres de l'Association une indemnité en cas de maladie. — Ce vœu se place naturellement à côté de celui qui précède.

M. le président ROGER, en levant la séance, prononce l'allocution suivante :

Chers confrères, un mot seulement avant de nous séparer. Je vous remercie, au nom du Bureau et du Conseil, de l'affection que vous avez témoignée aux serviteurs parisiens de l'Association et à laquelle vous avez habitué le Président. Je vous remercie cordialement de votre utile et dévouée collaboration dans l'Œuvre commune. Avec des amis tels que vous, le moment de la séparation est pénible : veuillez venir ce soir au boulevard de la Madeleine, nous tâcherons, Mme Roger et moi, d'adoucir les regrets des adieux — qui, heureusement, sont pour nous un « au revoir ».

---

## Clinique nationale des Quinze-Vingts.

### Diagnostic des paralysies oculaires,

Par le docteur VALUDE.

En présence d'un malade atteint de diplopie ou vision double, ou dès lors suspect de paralysie oculaire, il importera de déterminer par le diagnostic deux points essentiels : le genre d'abord, puis l'origine et la nature de la paralysie.

Reconnaître le genre de la paralysie, c'est déterminer le muscle ou les muscles qui sont frappés, et pour cela faire, il suffira de suivre rigoureusement la technique méthodique qui repose sur le jeu des doubles images ; nous en rappellerons ultérieurement les règles principales.

Mais s'il est intéressant de connaître le genre de la paralysie, combien il est plus important de déterminer l'origine de cette paralysie, c'est-à-dire le siège de la lésion et la nature même de cette lésion. Ici nous rentrons dans le domaine de la pathologie pure et sur un terrain exclusivement pratique ; c'est de cette seconde partie du diagnostic des paralysies oculaires, en effet, que découle le pronostic de la maladie et son traitement.

Dans cet ordre d'idées, le diagnostic du siège est le principal, car la notion du siège implique généralement celle de la nature spéciale de la lésion qui a causé la paralysie.

Or donc, les lésions nerveuses susceptibles d'engendrer la paralysie des muscles de l'œil peuvent se montrer en quatre points différents du parcours nerveux : 1° dans l'orbite, sur les branches nerveuses terminales ; 2° à la base du crâne, sur les troncs nerveux principaux ; 3° dans la protubérance, au niveau des noyaux d'origine ; 4° aux circonvolutions, aux origines motrices premières.

Les paralysies de la première espèce sont les paralysies funiculaires ou périphériques ; celles de la seconde, les paralysies des troncs ; celles de la troisième, les paralysies nucléaires, très étudiées aujourd'hui ; celles de la quatrième espèce enfin, les paralysies d'origine corticale, encore mal définies faute de documents.

Nous verrons, à propos de chacune des paralysies, que la nature de la maladie devra être rattachée soit à la syphilis, soit au tabès, soit à un traumatisme, soit à une intoxication quelconque, justement suivant la localisation, en quelque sorte, spécifique de la lésion.

Et tout d'abord le problème est simplifié alors qu'il s'agit de la paralysie du moteur oculaire externe ou du muscle grand oblique qui sont animés chacun par une paire nerveuse spéciale.

Le moteur oculaire externe, dont la paralysie donne lieu à une diplopie franchement latérale et homonyme, est innervé par le nerf de la sixième paire qui prend naissance au milieu du plancher du quatrième ventricule, et qui, après avoir contourné le bord inférieur de la protubérance, parcourt la base du crâne pour gagner la fente sphénoïdale et l'orbite, en se mettant à cheval directement sur la fine arête osseuse qui termine l'extrémité interne du rocher. Ce rapport particulier rend compte, d'après Panas, de la fréquence du strabisme paralytique interne chez les sujets qui ont éprouvé antérieurement quelque traumatisme crânien; la paralysie, partielle ou totale, des muscles innervés par la troisième paire est beaucoup plus rare après les traumatismes.

En dehors de cette cause mécanique, portant sur le trajet intra-crânien du nerf de la sixième paire, l'immense majorité des paralysies du moteur oculaire externe relève de l'ataxie locomotrice, que cette paralysie soit complète ou incomplète. Il est évident qu'il ne s'agit ici que de paralysies isolées de la sixième paire et sans aucun autre phénomène accessoire, tel que la paralysie d'autres muscles de l'œil, ou même des paralysies périphériques; le diagnostic complexe du siège de la lésion, en pareil cas, trouvera sa place à propos des paralysies de la troisième paire.

On en peut dire autant de la paralysie de la quatrième paire, du nerf pathétique, qui innerve le seul muscle grand oblique. Quand le grand oblique seul est paralysé, ce qui se reconnaît à une diplopie verticale dans le regard en bas et homonyme, il y a tout lieu de croire à une origine spécifique, sans qu'on puisse préjuger alors que la lésion siège sur le tronc, au noyau d'origine, ou même à l'extrémité périphérique du nerf.

La localisation précise du siège de la lésion, soit dans la paralysie de la sixième, soit dans celle de la quatrième paire, ne peut s'établir que si à côté de l'une ou l'autre de ces paralysies existent des phénomènes cérébraux concomitants ou encore d'autres paralysies, qui indiquent par leur distribution le point anatomique lésé.

L'étude des paralysies dissociées du nerf de la troisième paire, que nous allons entreprendre maintenant, pourra montrer de quelle manière il convient de conduire ce diagnostic étiologique.

Un des types les plus ordinaires de la paralysie de la troisième paire est celui qui vous a été offert par un malade, que je vous ai présenté à la consultation il y a quelques jours. Ce malade, un homme d'une quarantaine d'années environ, avait vu survenir il y a un mois une paralysie incomplète du droit interne de l'œil droit. En quelques semaines, la paralysie a gagné tous les muscles extrinsèques innervés par la troisième paire, le droit supérieur et le releveur de la paupière, le droit inférieur et le petit oblique. L'œil est en strabisme divergent et un peu inférieur à cause de l'action du grand oblique; la diplopie est croisée. Je vous ai fait remarquer, à propos de ce malade, que le muscle droit interne était paralysé dans les mouvements de convergence qui sont produits par l'intermédiaire du nerf de la troisième paire, mais que ce même muscle avait conservé le pouvoir de se mobiliser en dedans dans ses mouvements d'association avec le droit externe de l'œil opposé. Cette dissociation dans les mouvements tient, vous le savez, à ce que le muscle droit interne reçoit son innervation de deux

sources : du nerf de la troisième paire pour ce qui regarde les mouvements de convergence et cette action est ici paralysée; du nerf moteur oculaire externe *de l'autre œil*, par l'anastomose découverte par Duval, pour les mouvements conjugés de latéralité, — cette action est conservée chez notre malade dans son intégrité.

Quoi qu'il en soit, nous observons ici une paralysie de tous les muscles externes de l'œil innervés par le moteur oculaire commun, mais l'iris et le corps ciliaire ont conservé leurs fonctions, ce qui démontre que la paralysie n'a frappé que les nerfs extrinsèques de l'œil.

C'est le type franc de cette affection comme depuis Hutchinson et Mauthner sous le nom d'*ophthalmoplégie externe*; on sait que cette paralysie est causée par une lésion siégeant au niveau des noyaux d'origine multiples du nerf de la troisième paire. Il peut arriver, comme on l'a vu par le début de l'histoire de notre malade, que le droit interne seul soit parésié, dans tous les cas, le caractère principal de l'affection est que les mouvements pupillaires et l'accommodation restent intacts. Cette circonstance pourrait surprendre quand on songe à la proximité des noyaux d'origine des muscles extrinsèques et des muscles intrinsèques de l'œil. Elle est due à ce que ces deux sortes de noyaux, bien que fort voisins l'un de l'autre, font partie, chacun pour leur part, d'un territoire vasculaire séparé. L'artère communicante antérieure irrigue la partie antérieure des noyaux d'origine (celle qui commande aux muscles intrinsèques); la communicante postérieure arrose les noyaux d'origine des muscles extrinsèques.

Une telle paralysie, totale pour les muscles extrinsèques du globe, peut rester en cet état et demeurer fixe sans tendance ni à diminuer ni à accroître le terrain de son évolution. D'autres fois, et c'est un des caractères de la paralysie nucléaire, elle gagne progressivement les noyaux moteurs de l'isthme de l'encéphale donnant lieu à divers phénomènes bulbaires, qui peuvent devenir assez graves pour déterminer la mort. C'est alors la forme dite ophthalmoplégie externe envahissante (de Graefe), à variété subaiguë (obs. de Gayet) ou même aiguë et capable d'entraîner la mort en peu de jours, ainsi que le rapporte un fait très connu de Wernicke.

Je vous ai montré il y a quelque temps un malade qui est un exemple de la forme chronique de cette ophtalmoplégie envahissante. Il s'agit de cet homme dont j'ai pu suivre la maladie oculaire depuis plus de quatre années. Au début de son affection, il se présenta à l'Hôtel-Dieu où j'étais alors interne, avec une paralysie incomplète d'un des moteurs oculaires communs et je ne me souviens plus de quel côté. Assez rapidement et d'une manière continue on vit la paralysie envahir successivement tous les muscles de l'un à l'autre œil et actuellement l'immobilité de ses deux globes est complète; les deux paupières retombent en ptosis. En un mot ce malade a présenté une paralysie successive des deuxième, troisième, quatrième et sixième paires et cependant les iris ont conservé au moins une partie de leurs mouvements. En même temps que les noyaux d'origine des nerfs moteurs des muscles extrinsèques étaient successivement envahis, la lésion descendait vers le bulbe, et le malade commença à montrer de la difficulté à parler, à avaler, etc. Ces phénomènes bulbaires sont encore manifestes aujourd'hui, bien que l'affection semble demeurer stationnaire depuis quelques mois, car les lèvres et les joues sont flasques et inhabiles au jeu de la phonation et de la déglutition.

Chez ces deux malades, dans le premier cas, ophthalmoplégie externe

simple; dans le second, ophthalmoplégie progressive, il s'agit d'une lésion siégeant au niveau des noyaux d'origine à l'isthme de l'encéphale. Quelle est la nature de la lésion?

Pour être complet il faudrait passer en revue chacune des causes susceptibles d'occasionner l'ophtalmoplégie nucléaire avec ses symptômes pathognomoniques ; les hémorrhagies avec les signes cardio-vasculaires concomitants avec les hémiplégies ; les tumeurs, tuberculeuses ou autres, qui, indépendamment des douleurs céphaliques et des vertiges, donnent souvent lieu à de la papillite ; le ramollissement consécutif à la thrombose comme dans les faits si bien étudiés par Kahler et Pick. Ici il faut surtout se demander si la lésion est due à un tabès au début ou à la syphilis cérébrale ayant porté son action sur les noyaux d'origine des nerfs moteurs de l'œil. Le diagnostic entre ces deux modes d'origine de la paralysie sera facilité par cette considération que dans le tabès, les paralysies oculaires sont d'habitude transitoires, tandis que dans la sclérose spécifique (cas de Hutchinson) la paralysie est en général tenace et demeure permanente. De plus l'absence du réflexe lumineux avec conservatiion de l'accommodation (signe d'Argyll Robertson), disparition du réflexe rotulien permettront généralement de reconnaître l'ataxie, même alors qu'elle ne s'est manifestée que par des phénomènes oculaires. Chez les deux malades que nous avons cités, il n'existe aucun symptôme vrai de tabès. Il y a donc lieu de rattacher leurs paralysies oculaires à des scléroses protubérantielles, plus ou moins étendues, d'origine spécifique; chez tous les deux, du reste, la syphilis ancienne est certaine, mais cette notion, je me hâte de le dire, ne peut entrer en ligne de compte pour le diagnostic différentiel avec le tabès.

Les manifestations paralytiques oculaires du tabès sont le plus souvent, avons-nous dit, essentiellement transitoires, abandonnant un muscle pour envahir le voisin, puis pouvant quitter tout à fait le territoire des muscles de l'œil. Ce caractère, en même temps qu'il est pathognomonique en quelle que sorte, porte avec lui un pronostic favorable, car ces paralysies disparaissent toutes seules. Il en est quelquefois cependant qui demeurent fixes. Et on pourrait même, ce me semble, établir une différence très tranchée, et non établir jusque-là dans les auteurs, entre ces deux sortes de paralysies tabétiques, les unes qui sont fugaces et les autres qui sont définitives; la lésion ne doit pas être la même.

Dans les paralysies tabétiques qui demeurent définitives surtout, et comme c'est l'ordinaire, quand tout un groupe musculaire est paralysé et que la maladie se trouve déjà à un stade avancé, il est possible d'admettre une lésion scléreuse bulbaire analogue aux lésions médullaires propres à cette affection. Mais quand il s'agit de paralysies isolées à un ou deux muscles (le droit externe le plus souvent) éminemment fugaces, quand cette paralysie marque si bien le début de l'affection qu'il n'existe aucun autre symptôme de tabès, ni douleurs fulgurantes, ni troubles de la locomotion, etc., il est difficile de rattacher ces paralysies à des lésions profondes de la protubérance.

Le tabès ayant pour règle de débuter par la partie inférieure de l'axe médullaire, on comprend mal un envahissement primitif au niveau de l'isthme de l'encéphale ; de plus une parésie transitoire bénigne ne répond guère à la gravité d'une lésion anatomique protubérantielle. Pour toutes ces raisons, un peu trop brièvement exprimées, nous pensons qu'il y a lieu de songer ici à ces névrites périphériques tabétiques que Déjérine a étudiées

dès 1883 et que tout le monde admet aujourd'hui. Rien d'étonnant dès lors à ce que la névrite périphérique donne lieu à des phénomènes paralytiques passagers, précurseurs seulement des désordres d'origine médullaire symptomatiques du tabès confirmé. Toutefois, la démonstration anatomique de cette hypothèse n'est pas encore faite quant à ce qui concerne les nerfs moteurs de l'œil.

On pourra peut-être de même encore rattacher aux paralysies d'origine périphérique par névrite, les paralysies qui succèdent à la diphtérie et et qu'on attribuait jadis à la dégénérescence aiguë des noyaux d'origine; les travaux récents de Roux et Yersin en prouvant que le microbe de la diphtérie agit, non par sa présence même, mais par le fait d'un poison soluble sécrété par lui, donne à cette hypothèse la plus grande valeur.

Les paralysies nucléaires ou encore les paralysies d'origine périphérique, c'est-à-dire celles qui sont relatives à des lésions siégeant aux noyaux d'origine ou au niveau des branches nerveuses périphériques, sont celles dont l'étude a été en ces derniers temps le plus poursuivie. Il en est encore toutefois de deux variétés suivant la classification établie au commencement de cette leçon : les paralysies causées par une lésion des troncs et celles qui répondent à une altération des centres nerveux.

De la première variété, nous ne dirons que peu de chose; le siège de la paralysie est la base du crâne, et l'origine peut en être très variable, depuis la fracture de la boîte crânienne jusqu'aux tumeurs osseuses ou cérébrales, avec les exsudats méningitiques, etc. Ordinairement, la paralysie envahit complètement tous les muscles innervés par le tronc nerveux lésé; parfois, surtout si la lésion siège au voisinage de la fente sphénoïdale, plusieurs nerfs moteurs de l'orbite peuvent se trouver compris dans la paralysie.

Enfin, il y a des paralysies oculaires d'origine intra-cérébrale et corticale, mais elles sont encore peu connues. On pourra penser à une telle origine pour une paralysie oculaire quand on rencontrera la paralysie d'un ou deux muscles de l'œil associée avec une monoplégie ou quelque autre paralysie périphérique. Nous avons observé un cas de ce genre il y a peu de temps. C'est pour avoir constaté l'existence d'un ptosis, simultanément avec une hémiplégie du côté opposé du corps, que Landouzy a localisé les mouvements du releveur de la paupière au voisinage du pli courbe dans les limites du lobe pariétal. Cette localisation corticale des mouvements d'un des muscles oculaires est la seule qui soit encore bien positivement établie.

---

## Des épithéliums sécréteurs des humeurs de l'œil,

Par le docteur Boucheron (1).

Le névro-épithélium terminal des organes des sens est partout accompagné d'un épithélium sécréteur qui procède de la même origine.

Ainsi, pour le sens du tact, l'épithélium primitif et indifférent de l'embryon se différencie, d'une part, en névro-épithélium du tact, en épithélium sécréteur de la sueur et du sébum, en épithélium de recouvrement, l'épiderme.

Pour le nez, l'épithélium primitif produit le névro-épithélium de l'odorat et l'épithélium mucipare des fosses nasales.

A la langue, de même, l'épithélium embryonnaire devient le névro-épithélium du

(1) Note présentée par M. Ranvier, à l'Académie des sciences, le 7 mai 1889.

goût, l'épithélium sécréteur de la salive et l'épithélium de recouvrement des papilles cornées de la langue.

C'est aussi la même différenciation pour l'oreille, où se forment, aux dépens de l'épithélium primitif, un névro-épithélium cilié, des cellules sécrétantes de l'endolymphe, épithélium vasculaire de la *stria vascularis*, un épithélium indifférent des membranes de Reissner, des sacs et des canaux.

Il en est de même pour l'œil, où, par différenciation de l'épithélium de la vésicule oculaire primitive, se produit le névro-épithélium de la rétine et dépendances, l'épithélium sécréteur du pourpre, l'épithélium choroïdien, et enfin l'épithélium des procès ciliaires et de l'iris, qui sécrète les liquides de l'humeur aqueuse et de l'humeur vitrée.

Les matériaux de ces sécrétions parasensorielles sont fournis par des vaisseaux plus ou moins spécialisés et la sécrétion est régie par des nerfs sécréteurs et vaso-moteurs qui sont aussi plus ou moins distincts. La corde du tympan en est le type.

Le premier et le plus remarquable exemple de sécrétion épithéliale dans l'œil a été démontré par Boll (de Rome), qui a découvert le pourpre visuel, produit de l'épithélium choroïdien.

En suivant cette voie, nous avons fait, dès 1883, dans les *Bulletins de la Société française d'ophthalmologie*, une étude assez étendue des autres épithéliums sécréteurs de l'œil sous le titre suivant : *Epithélium aquipare et vitreipare des procès ciliaires.*

Ce travail a dû échapper à M. Nicati, qui a omis de le rappeler dans sa note sur le même sujet, du 22 avril. Cette note ne fait d'ailleurs que confirmer ce que nous avons établi, le rôle sécréteur des procès ciliaires pour les humeurs de l'œil.

---

## Huitième Congrès allemand de médecine interne.

Ce Congrès, tenu à Wiesbaden du 15 au 18 avril, sous la présidence du professeur Liebermeister, a discuté plusieurs questions intéressantes.

A propos de la pathogénie de l'ileus, le professeur Leichtenstern (de Bologne) a donné la définition suivante de cette maladie : tout obstacle intestinal empêchant le libre cours des matières et donnant naissance au complexus symptomatique grave de l'obstruction intestinale. Il a étudié particulièrement les conditions qui permettaient à l'obstruction intestinale chronique de rester longtemps latente et celles qui la faisaient passer brusquement à l'état aigu. Une idée originale a été de comparer ce qui se passe dans l'intestin rétréci avec le rétrécissement d'un orifice cardiaque; le bout de l'intestin situé au-dessus du rétrécissement s'hypertrophie et arrive à compenser la sténose intestinale et à rétablir le cours normal des matières; toutes les fois que l'hypertrophie compensatrice a le temps de se faire, il n'y a pas d'accident; mais si cette hypertrophie ne se produit pas assez vite, ou n'est pas suffisante, il y a une sorte d'asystolie intestinale qui entraîne la mort.

Le symptôme le plus caractéristique de l'ileus est le vomissement stercoral, qui doit son odeur à la putréfaction des matières intestinales.

Les indications du traitement, en particulier la comparaison entre le traitement médical et le traitement chirurgical, ont été longuement discutées par Curschmann (de Leipzig). Il se prononce pour l'opinion de Mandl, Mikulicz, Bergmann, Cerny, qui pensent que toute intervention avant le diagnostic exact du siège et de la nature anatomique de l'obstruction est absolument téméraire; il blâme donc l'intervention hâtive, et surtout la grande laparotomie avec déroulement de l'intestin, préconisée par Kœnig. Diète absolue, absence de purgatif, opium, lavages de l'estomac, piqûre de l'intestin distendu par les gaz, tels sont les moyens auxquels il donne la préférence.

Rosenbach (de Breslau) recommande de toujours examiner les urines; la présence de l'urobiline indique une grave atteinte des échanges nutritifs, et si elle persiste plus de quatorze jours, une affection intestinale fatale à brève échéance. Il recommande les ponctions intestinales avec une seringue de Pravaz à droite de l'hypogastre.

L'emploi des lavements a été diversement jugé; Curschmann pense que les grands

lavements sont inutiles toujours, et quelquefois même dangereux; que les lavements d'air, préconisés par Ziemssen, ne sont peut-être pas plus efficaces, mais sont moins dangereux. Jurgensen conteste absolument l'efficacité des injections gazeuses, et les croit même très dangereuses, parce qu'elles empêchent l'hématose en augmentant la gêne respiratoire, et accélèrent ainsi la mort du malade.

Nothnagel (de Vienne) considère l'invagination intestinale comme un phénomène normal dans certains cas, et capable de disparaître, sous l'influence des mouvements péristaltiques énergiques de l'intestin, sans causer de phénomènes d'obstruction intestinale.

Ziemssen rappelle que les vomissements fécaloïdes ne sont pas toujours pathognomonique de l'ilous, car il les a observés dans deux cas de communication du côlon transverse avec l'estomac; — que les médicaments administrés par la bouche ne sont pas toujours absorbés et qu'il faut préférer la voie rectale; — que les piqûres avec une épingle sont souvent utiles. Il cite enfin un cas de mort subite survenue au cours d'une intervention opératoire par vomissement fécaloïde et pénétration des matières dans les voies aériennes.

La dilatation de l'estomac a été représentée au Congrès par une communication de M. Klemperer (de Berlin) sur la nature et le traitement de cette affection. L'auteur a insisté surtout sur l'acidité de l'estomac dans ses rapports avec la dilatation; il considère celle-ci comme due à une faiblesse fonctionnelle de ses parois musculaires, tantôt primitive, tantôt consécutive à une irritation par l'ingestion d'une quantité excessive d'aliments. Quant à l'acidité, elle est très variable, tantôt normale, tantôt inférieure à la normale, tantôt en excès. Mais l'hyperacidité du suc gastrique ne saurait être considérée comme une cause de dilatation. L'ectasie causée par un obstacle mécanique peut disparaître quand cet obstacle n'existe plus; dans un cas où celui-ci était un rétrécissement cicatriciel du pylore, on réséqua le pylore et le malade guérit. La mort étant survenue peu après par phthisie pulmonaire, on trouva à l'autopsie un estomac absolument normal. Dans les dilatations chroniques on peut bien rendre à l'estomac son pouvoir moteur, mais non obtenir une guérison parfaite. Le traitement consiste dans le lavage de l'estomac, un régime sévère, l'électricité, le massage local, etc.

Pour Immermann (de Bâle), l'estomac des tuberculeux conserve sa puissance digestive, comme on peut s'en convaincre quand on parvient à vaincre la répugnance des malades pour les aliments. La dyspepsie proprement dite des tuberculeux est une complication qui peut guérir quand elle est convenablement traitée. La quantité d'acide chlorhydrique n'est pas chez eux inférieure à la moyenne donnée par le suc gastrique d'un estomac normal, d'après l'examen fait chez 45 phthisiques.

M. Dettweiler, directeur de l'établissement fermé des phthisiques de Falkenstein, fait ressortir le rôle des crachats dans la dissémination de la tuberculose et recommande, en ville comme à l'hôpital, d'empêcher les phthisiques de cracher par terre ou dans des mouchoirs, mais de recueillir les crachats dans des vases qu'on ferme hermétiquement et qu'on peut facilement désinfecter.

Le traitement de la tuberculose laryngée, qui a fait de grands progrès dans ces derniers temps, doit consister, d'après Krause (de Berlin), dans les attouchements avec des solutions d'acide lactique au centième, avec ou sans curetage préalable; la trachéotomie peut être pratiquée dans certains cas pour procurer le repos de l'organe malade.

Krause est partisan de la création d'hôpitaux spéciaux pour les tuberculeux.

Scheinmann (de Berlin), partisan aussi du traitement chirurgical dans la tuberculose laryngée, préconise les applications locales de menthol et fait remarquer que le traitement varie avec chaque malade.

La question de l'inoculation artificielle du cancer a été reprise par Hanau (de Zurich). Il a obtenu des résultats positifs, mais ne croit pas à une infection par un micro-organisme; il ne s'agirait que d'une simple greffe cellulaire. Pour que l'expérience réussisse, il faut faire l'inoculation dans une région riche en lymphatiques, puisque le cancer choisit de préférence cette voie pour sa propagation, la tunique vaginale par exemple.

En étudiant les échanges nutritifs chez les cancéreux, Müller (de Berlin) a constaté une diminution considérable dans l'excrétion de l'urée, sans lésion rénale; il pense que c'est

pour cette raison que les cancéreux meurent souvent dans le coma, qui est alors urémique.

Leyden voit dans cette constatation la raison de la cachexie des cancéreux; il pense qu'on peut y remédier par la suralimentation, lorsque les organes digestifs sont encore intacts. La comparaison des tissus cancéreux avec ceux au sein desquels ils se développent, au point de vue chimique, a donné à Freund (de Vienne) des résultats intéressants; les néoplasmes contiennent moitié moins d'albumine que les tissus normaux, vingt à trente fois plus d'hydrocarbures, une quantité égale de graisse, et 5 p. 190 de peptones.

Roser (de Hanau) a présenté une femme de 45 ans à laquelle il avait pratiqué six semaines auparavant l'extirpation totale du larynx pour cancer. Il y a quatre ans, il avait pratiqué la trachéotomie sus-sternale, et, depuis, la malade respirait par sa canule; les progrès du cancer nécessitèrent l'opération radicale.

Ebstein et Nicolaïer sont parvenus à produire expérimentalement des calculs rénaux chez les chiens et les lapins en nourrissant ces animaux avec de l'examyde.

Fürbringer (de Berlin) a étudié l'*impotentia coëundi*, avec conformation normale du pénis, comme manifestation de la neurasthénie, ainsi que l'ont démontré Rockwell et Hammond. Cette affection paraît plus fréquente en Allemagne qu'en France, car Fürbringer en a trouvé 200 cas dans sa clientèle privée, alors que Brouardel n'en connaît que 8 ou 10 cas. Au point de vue de la fréquence, l'affection frappe — toujours en Allemagne — les médecins, les commerçants, les officiers. Comme traitement, il conseille le repos absolu du corps et de l'intelligence, l'abstinence du coït, les voyages lointains et l'hydrothérapie.

M. Léo (de Berlin), a démontré que, chez les diabétiques contrairement aux expériences de Pettenkofer et Voit, la quantité d'oxygène absorbé et la quantité d'acide carbonique éliminé ne sont pas absolument identiques aux quantités des mêmes gaz absorbées et éliminées par les individus bien portants.

Dehio (de Dorpat) a repris les expériences de Betzold, Vierordt, etc., d'après lesquelles le murmure vésiculaire du poumon ne serait que le bruit glottique ou trachéal propagé au parenchyme pulmonaire; d'après cet auteur le murmure vésiculaire est bien un bruit né sur place, dans l'intimité de l'alvéole pulmonaire; il est dû à l'ébranlement que la colonne d'air respiré imprime à la quantité d'air résidual.

Finkler a observé, dans les environs de Bonn, une épidémie de pneumonie à streptocoques démontrant que ce microbe peut primitivement et par son seul fait déterminer des lésions pulmonaires.

La dyspnée cardiaque, d'après V. Basch (de Vienne), aurait pour origine l'insuffisance du ventricule gauche.

MM. Krehl et Frey (de Leipzig), ont étudié les différences de pression dans les cavités cardiaques et artérielles; M. Ebstein a disserté sur la nature et la pathogénie de la goutte, et MM. Pfeiffer, Friedlaender et Ebstein sur le traitement de cette affection. Rien de nouveau dans ces communications.

## REVUE DES JOURNAUX

**Le tétanos traumatique à la Havane.** — La Société des *Etudes cliniques de la Havane* s'est imposé depuis quelque temps la tâche de reconstituer la pathologie de cette île, au moyen d'une statistique à laquelle collaborent tous les membres de son corps médical. Inspirée par la campagne que mène si activement en France M. Verneuil pour étudier l'étiologie et la pathogénie du tétanos, cette savante Société a fait dans cette île une sorte d'enquête analogue à celle que M. Verneuil a faite pour la France.

Une commission composée des docteurs Gordillo, Valder, Dominguez, Dueñas, Cespedes et Pla, fut nommée par la Société et chargée de rédiger un questionnaire envoyé aux médecins de l'île, dans le but de se livrer à une investigation étendue et minutieuse sur la nature, la prophylaxie et le traitement du tétanos.

L'enquête dura environ une année; chaque membre envoya les résultats qu'il avait recueillis à la commission, qui les collationna, et le rapport en fut fait par M. le docteur Edwardo F. Pla. Publié par la *Cronica medico-quirurgica de la Habana*, ce mémoire, qui comprend 26 pages de texte compact, est assez favorable aux opinions émises par M. Verneuil.

Les cas réunis par les différents médecins de la Havane et envoyés à la commission sont au nombre de 363, dont 302 traumatiques et 61 infantiles; on pourrait donc dire qu'ils sont tous traumatiques, car la plaie du cordon ombilical constitue, comme toute blessure, une porte d'entrée aux germes morbides. Sur ces 363 cas, 183 appartiennent à la race blanche, 146 à la nègre, 27 à la métisse et 7 à l'asiatique. Il n'est donc pas exact de dire, comme le répètent les auteurs, que la race nègre est plus exposée au tétanos que les autres races.

Les professions auxquelles M. Verneuil a accordé une si grande importance dans la détermination de l'étiologie et de la nature équine du tétanos, sont indiquées pour 174 tétaniques, parmi lesquels 131, soit un peu plus de 75 p. 100, sont en faveur de la théorie de notre éminent maître; ces 131 cas sont relatifs, en effet, à des individus dont les occupations les mettaient en contact habituel ou fréquent avec les chevaux.

Un point clinique intéressant à signaler, c'est que plus l'intervalle de temps entre la blessure et l'apparition du tétanos était grand, moins le tétanos était grave, M. Nocard a insisté sur cette particularité dans la récente discussion à l'Académie de médecine. Sur les 363 cas, la guérison eut lieu 52 fois.

Les avis furent très partagés au sujet de la nature de l'affection. La nature infectieuse ne fut admise que par quatre des médecins qui ont répondu au questionnaire; la théorie nerveuse réunit le plus grand nombre d'adhérents, puis vint la théorie paludique. Deux seulement étaient *unicistes;* tous les autres étaient *dualistes*, admettant un tétanos spontané et un tétanos traumatique.

Le traitement presque unanimement adopté est le chloral à haute dose, associé à la morphine et au bromure: ceux qui croient à la nature palustre de l'affection ajoutent la quinine, spécialement le valérianate. Le docteur Rubio préfère le sulfate de strychnine, qui lui a donné 15 guérisons sur 19 cas.

Quelques médecins sont opposés aux injections hypodermiques, qu'ils accusent de provoquer ou d'augmenter les symptômes tétaniques. — L.-H. P.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'Épidémie de Rio-Janeiro. — D'une lettre, datée du 10 mars et que nous recevons de Rio, nous détachons les renseignements ci-dessous. Ils montrent la gravité exceptionnelle, du moins à la date du 10 mars, de l'épidémie singulière qui sévit encore sur cette capitale, mais avec une gravité moindre depuis les pluies :

Aujourd'hui, 10 mars, on a délivré 169 permis d'inhumation; dans ce nombre ne sont pas compris les morts des hôpitaux civils, militaires et maritimes, non plus que ceux de l'île de Jurujuba. On peut donc, je crois, doubler le nombre des cas mortels avoués.

Quatre médecins figurent sur la liste mortuaire de ce jour.

Les cas de fièvre pernicieuse (?) sont souvent foudroyants. Plusieurs négociants se rendant à leur affaires ont été, en chemin, mortellement frappés. Des cochers et conducteurs de tramways, partis de la station en bonne santé, sont morts en arrivant au point terminus de la ligne.

Dans ces conditions, on ne sait, en somme, de quelle maladie il s'agit; car, s'il y a certains symptômes de fièvre pernicieuse, beaucoup d'autres manquent.

On a cru trouver la cause de cette épouvantable épidémie dans le mauvais état des égouts, où l'eau manque, et qui dégageraient des miasmes pestilentiels, mais ce sont-là de simples conjectures.

Il fait une chaleur écrasante; pas un souffle d'air; l'eau manque presque partout et une sorte de buée rougeâtre se tient en suspension au-dessus de la ville. L'aspect de Rio,

si animé de coutume, est morne : les rues sont désertes, les tramways vides, tandis que les corbillards, dont le nombre est insuffisant, vont grand train pour suffire tant bien que mal à leur besogne. Bref, on vit dans une atmosphère de dépression physique et morale bien justifiée.

Pour la première fois la fièvre jaune a quitté le littoral pour éclater sur les hauts plateaux, à Desangano, près Santos. Le port de Santos a télégraphié ce matin qu'il y avait 1000 malades par jour et demande des secours. Le gouvernement ayant envoyé au Comité d'hygiène de cette ville maritime un subside d'un conto de reïs, soit 3000 francs, une réunion populaire a voté le renvoi de ce subside comme dérisoire et un vote de blâme au ministre. La ville est décimée. Les maisons de commerce, la Bourse, les écoles ont été fermées, et sur 7000 habitants dont bon nombre avait fui, il meurt, affirme-t-on, de 200 à 250 personnes par jour.

On sait que depuis une quinzaine de jours les pluies ont amélioré considérablement la situation. *(Bull. médical.)*

## COURRIER

Hôpital des Enfants-Malades. — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences sur la thérapeutique infantile le mercredi 22 mai, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

Consultation clinique le samedi

— M. Lafon, chimiste, commencera le 23 mai 1889, un cours pratique de chimie, de bactériologie et microscopie médicales.

S'inscrire à l'avance de trois à quatre heures au laboratoire, 7, rue des Saint-Pères, 7.

— On sait que la ville de Paris a décidé la construction d'un hôpital exclusivement destiné aux varioleux. L'Assistance publique a choisi comme emplacement un terrain dépendant de la commune de Bobigny. Cette localité et toutes celles environnantes n'acceptent pas sans récriminer ce voisinage, et l'on va assister à une résistance semblable à celle qui s'est produite contre le déversement des eaux d'égout dans les localités suburbaines. Les communes de Seine-et-Oise qui sont voisines du territoire choisi par la Ville ont chargé le conseil d'arrondissement de Pontoise de notifier leurs protestations aux pouvoirs publics. *(Bull. médical.)*

Conférences cliniques. — MM. les médecins et les chirurgiens des hôpitaux du Midi et de Lourcine se réuniront tous les mercredis pour faire des conférences publiques sur les malades les plus intéressants de leurs services.

La première conférence aura lieu à l'hôpital du Midi le mercredi 15 mai, à neuf heures et demie; la seconde, le mercredi 22 mai à l'hôpital de Lourcine; la troisième, le mercredi 29, à l'hôpital du Midi, et tous les mercredis suivants alternativement à l'hôpital de Lourcine et à l'hôpital du Midi.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

### Les parasites de l'encéphale. — Cysticerque ladrique du tissu cellulaire sous-cutané et de l'encéphale chez l'homme.

Leçon recueillie par M. G. BOUISSON, interne du service.

Il y a une quinzaine de jours environ se présentait à notre consultation un jeune homme de 22 ans, porteur à la surface du thorax et en différents points du corps d'un grand nombre de petites tumeurs fermes et indolentes. Ces boules, comme les appelait le malade, étaient légèrement mobiles sous la peau et assez semblables à de petits ganglions indurés comme ceux qui, dans la syphilis secondaire, constituent l'adénopathie post-cervicale. La vue de ces tumeurs disséminées en des points où il n'existe pas de ganglions, leur volume de la grosseur d'une petite olive, leur dureté, l'état lisse de leur surface étaient autant de caractères qui nous firent immédiatement penser à l'existence d'une ladrerie, maladie parasitaire produite par la présence dans le tissu cellulaire sous-cutané du cysticerque du tænia solium.

Le lendemain, ce malade nous raconte qu'il est resté trente-huit mois au Tonkin, dans des conditions hygiéniques naturellement mauvaises, se nourrissant en grande partie de viande de porc, buvant de l'eau sale non filtrée et vaseuse. Il n'a jamais eu de tænia, mais plusieurs de ses camarades étaient porteurs de ce parasite dont ils rendaient des fragments.

Il y a deux ans, un an après son retour en France, ce jeune homme fut pris, en travaillant, d'un étourdissement et tomba en perdant connaissance. Ces accidents se reproduisirent depuis lors, à plusieurs reprises; il lui arriva souvent de perdre connaissance au moment des repas, de laisser choir ses instruments de travail et de s'affaisser sans pousser un cri. Ses camarades lui ont dit qu'à ce moment ses yeux se convulsaient en haut, et qu'un instant après, tout était fini. D'ailleurs, il ne se mordait pas la langue, n'avait pas d'écume à la bouche pendant sa crise et se relevait au bout de dix minutes environ, ne se rappelant rien. Pendant six mois, ces accidents se sont reproduits chaque mois; ils ont cessé depuis plusieurs semaines. Sa vue n'a jamais été troublée, sauf quelques éblouissements passagers. C'est au début de ces accidents qu'il s'est aperçu de la présence de petites tumeurs siégeant d'abord à la tête, au front et au cuir chevelu.

Aujourd'hui, notre malade voudrait être débarrassé des tumeurs situées à la bordure des cheveux et qu'il trouve disgracieuses. Ces tumeurs ressemblent beaucoup à des loupes; mais elles en diffèrent par ce fait que la peau glisse facilement sur elles. D'ailleurs, tout le tronc présente des tumeurs semblables qui, suivant le malade, auraient diminué de volume depuis quelque temps. Toute la face antérieure des pectoraux en est couverte et plusieurs se rencontrent dans leur épaisseur. On en retrouve au niveau des muscles du dos, des grands dorsaux et des trapèzes, au bord interne de l'avant-bras droit. Il n'en existe point aux membres inférieurs.

La consistance, l'élasticité de ces petites tumeurs, leur volume comparable à celui d'une petite olive ou d'un gros noyau de cerise, leur forme oblongue, avec grand diamètre dirigé suivant la direction des fibres musculaires, leur mobilité, tous ces caractères réunis nous portèrent à penser qu'il s'agissait d'un cas de ladrerie et, pour en avoir la certitude, je me décidai à ouvrir une de ces tumeurs. A cet effet, je me servis d'une bonne lancette, mais je dus appuyer très fortement pour arriver à pénétrer dans l'épaisseur de la nodosité. Aussitôt, il s'échappa un liquide clair transparent non coagulable. La transparence de ce liquide, l'absence de coagulation sous l'influence de la chaleur et de l'acide nitrique vinrent confirmer notre diagnostic, et d'ailleurs toutes les néoplasies solides de la peau se trouvaient éliminées par cette opération.

Une seconde tumeur fut ponctionnée à la région antérieure du thorax, puis une troisième au niveau de la bosse frontale gauche. De cette dernière il s'échappa, outre un liquide clair, une membrane transparente, lisse, hyaline qui, examinée à l'œil nu, se composait de deux parties, une externe et une interne. Celle-ci, examinée au microscope, permit d'apercevoir une double couronne de crochets entourée de quatre ventouses. Le diagnostic ne laissait plus rien à désirer, c'était bien la tête du cysticerque ladrique.

Tel est le fait qui se présente à notre observation. Ce fait offre un intérêt réel, non seulement par la multiplicité des tumeurs qui existent sous la peau du malade, mais encore et surtout à cause des accidents cérébraux dont celui-ci est atteint. Ces accidents, qui ont tous les caractères du vertige épileptique ou de l'épilepsie symptomatique, ne sont pas sans nous inquiéter pour l'avenir. Bien qu'ils aient cessé depuis quelque temps, il n'est pas impossible qu'ils reparaissent, et alors il est difficile de savoir ce qui pourra arriver. Parfois, en effet, ces accidents sont suivis d'une mort rapide ou subite; d'autres fois, ils se répètent pendant plusieurs heures, une journée, et tuent par une sorte d'épuisement nerveux. Est-ce à dire que le malade ne puisse guérir? Nullement; si on étudie la manière dont se comportent les vésicules du cysticerque au sein de la substance nerveuse et dans l'organisme tout entier, on ne tarde pas à reconnaître que très fréquemment ces vésicules subissent des modifications qui ont pour dernier terme l'atrophie et la calcification, et partant la cessation des accidents qu'elles pouvaient déterminer.

D'un volume qui ne dépasse guère celui d'un noyau de cerise ou d'une petite olive, le cysticerque ladrique de l'encéphale, rarement unique, se distingue par sa multiplicité. On en trouve un grand nombre dans la même région, à la circonférence, par exemple, dans la pie-mère ou dans les plexus choroïdes. Dans un cas observé par Bonhomme, il existait dans l'encé-

phale 151 vésicules de cysticerque, dont 22 dans les méninges, 84 dans le cerveau, 44 dans le cervelet, 1 dans la moelle allongée.

Par leur développement progressif, ces entozoaires refoulent la substance nerveuse et s'y creusent une sorte de loge; puis, par leur présence ils irritent le stroma conjonctif de l'encéphale, et, de même que les hydatides, ils provoquent à leur circonférence la formation d'une membrane mince qui les enkyste. La substance nerveuse de leur voisinage est refoulée, comprimée, rarement ramollie, de telle sorte que ses fonctions sont plutôt excitées qu'abolies.

La poche qui renferme la vésicule du cysticerque suppure rarement, mais cette vésicule n'est pas moins modifiée dans la plupart des cas au bout d'un certain temps. Elle augmente de volume, devient globuleuse, se divise en lobules; la tête et le rostre du parasite s'infiltrent d'une matière noirâtre, pigmentaire, qui recouvre les crochets à leur base; ceux-ci disparaissent, et la vésicule, rétrécie ou oblitérée, revient sur elle-même, ne laissant plus sortir le corps, dont la tête reste invaginée. De telle sorte que la présence du cysticerque est alors reconnaissable, uniquement par la dilacération des parties. Ces modifications sont loin d'être rares, nous les avons observées chez une femme qui portait plus de 500 cysticerques sur le corps, notamment dans le tissu cellulaire sous-cutané et dans les muscles. Ainsi, il semble bien que ces parasites sont destinés à périr s'ils ne parviennent à tuer leur hôte (1).

C'est sans doute ce qui sera arrivé pour notre malade qui, depuis près de six mois, ne présente plus les phénomènes du petit mal. La disparition de ces phénomènes est un élément en faveur de notre diagnostic, sans quoi on ne se l'expliquerait pas facilement, à moins de supposer l'existence d'une lésion syphilitique. Notre malade prétend, du reste, que les tumeurs qu'il observe sur son corps sont moins nombreuses. D'ailleurs il nous est arrivé à plusieurs reprises, chez des individus morts de toute autre maladie, de trouver dans le tissu cellulaire, dans les musles, etc., de petits grains ossiformes qui n'étaient sans doute que des kystes calcifiés de cysticerques. Ces scolex ne pouvant se reproduire, leur existence est forcément limitée et ils doivent mourir souvent avant de parvenir à l'état adulte, à l'état de tænia. Les recherches de Kuechenmeister, de Van Beneden et autres auteurs, nous ont appris, en effet, que le cysticerque ladrique ou cysticerque du tissu cellulaire doit être considéré comme la larve du *tænia solium*, dont les œufs peuvent être avalés par l'homme dans l'eau qu'il boit sinon avec les aliments qu'il prend.

Vous avez vu par quels phénomènes se traduit chez notre malade la présence des cysticerques dans la cavité crânienne. Ces phénomènes, d'une manière générale, sont variables suivant le nombre, le siège et le volume des vésicules. Il existe, en général, une phase d'excitation qui se manifeste par des vertiges, des attaques apoplectiformes ou épileptiformes, par du délire, de la manie. Si le parasite siège au niveau de la zone psychomotrice, il survient parfois de l'embarras de la parole, de l'aphasie. Les convulsions peuvent faire défaut, comme dans un cas rapporté par Bécoulet et Giraud (2) où le malade ne présenta que de la lypémanie et de la stupidité. L'affaiblissement de la mémoire est un signe qui manque rarement

(1) Lancereaux : *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 702, 703.
(2) Bécoulet et Giraud : *Ann. méd. psych.*, 1872.

Si le cysticerque se loge dans la moelle, il détermine quelquefois les apparences symptomatiques du tabes dorsalis, comme dans un cas rapporté par Hirt (de Breslau) (1). Chez les enfants atteints de cysticerque de l'encéphale, Bouchut a noté la persistance des vomissements; un charcutier observé par Nivet (2) offrait tout à la fois du délire et des attaques intermittentes d'épilepsie. Köhler (3) a trouvé des cysticerques dans le cerveau d'une femme idiote morte brightique. Dans un cas rapporté par Bernard (4), les phénomènes de la ladrerie encéphalique furent une violente céphalalgie frontale avec vomissements abondants revenant par accès tous les quinze jours environ, des vertiges et une seule attaque épileptoïde. Le champ visuel se trouvait rétréci.

A cette phase d'excitation succèdent fréquemment des hémiplégies avec ou sans contractures. Aran (5), sur 47 cas, a noté sept fois l'existence des convulsions, six fois celle de l'hémiplégie. La vue était affaiblie ou perdue six fois, la sensibilité générale diminuée trois fois, l'ouïe perdue deux fois. Le tournoiement ou tournis existait dans trois cas.

Vous voyez combien peut varier la symptomatologie des cysticerques et, d'une manière plus générale, des tumeurs parasitaires du cerveau humain.

Les symptômes que nous venons de signaler, parfois même, font complètement défaut. Clémenceaux (6) rapporte un cas où neuf cysticerques, situés en dehors de la zone motrice, ne donnèrent lieu pendant la vie à aucun symptôme. Au point de vue clinique, dit-il, ces neuf tumeurs étaient parfaitement silencieuses. Le malade est mort de pneumonie. Joire a vu les tubercules quadrijumeaux envahis par des cysticerques, sans altération appréciable de la vision.

Ajoutons que, dans quelques cas, ces parasites révèlent leur existence uniquement par la mort subite du malade (7). Mais c'est là une exception. Un fait rapporté par Donty Harrington (8) nous apprend que l'évolution du processus pathologique mit environ douze ans à s'accomplir. A 19 ans, le malade présenta de l'affaiblissement de la mémoire, de l'obtusion des facultés intellectuelles avec embarras de la parole, des accès de manie aiguë, de la démence, puis survinrent des attaques convulsives suivies d'hémiplégie du côté droit et, plus tard, de contracture. De temps à autre se produisaient des vomissements d'origine manifestement cérébrale. Dans les trois dernières années, il y eut des attaques épileptiformes, de la paralysie du côté gauche. L'aphasie devint complète et le malade mourut dans le coma. Les ventricules étaient dilatés par de la sérosité. Plusieurs circonvolutions étaient ramollies à gauche. Il y avait un kyste au-dessous de la partie moyenne de la circonvolution frontale gauche, un autre dans le quatrième ventricule, libre d'adhérences, mais obstruant l'orifice de l'aqueduc de Sylvius.

---

(1) *Berliner klin. Worchenschrift*, 1877.

(2) *Archives gén. de médecine*, 1839, t. III, p. 478-483.

(3) *Archives gén. de méd.*, 1859, t. I, p. 342.

(4) *Archives de neurologie*, t. VII, p. 218.

(5) *Mémoire sur les hydatides ou vers vésiculaires de l'encéphale*, par F.-A. Aran, interne des hôpitaux. (*Archives générales de médecine*, 1841, t. XII, p. 76.)

(6) *Des entozoaires du cerveau humain.* (Thèse de Paris, 1871.)

(7) Fredet : *Cysticerque de la protubérance annulaire chez un jeune homme de 22 ans. Mort subite.* (*Union méd.*, 1875, 15 juin.)

(8) *The Lancet*, 1886.

Ce fait est de nature à nous donner une idée de la marche des accidents dus aux cysticerques encéphaliques. Il montre leur intermittence au début, leur continuité plus tard, et enfin l'absence totale de toute réaction fébrile.

L'intermittence des accidents que l'on peut considérer avec Aran comme un des principaux signes de la ladrerie cérébrale, nous conduit à redouter pour notre malade, malgré son état actuel, le retour possible de désordres encéphaliques.

Le pronostic de la ladrerie de l'encéphale est loin d'être sans gravité. Si la guérison est possible, comme nous l'avons dit plus haut, la mort n'est pas moins fréquente; elle a lieu dans une attaque apoplectiforme ou dans un accès convulsif, plus souvent dans le délire ou le coma.

Le traitement est jusqu'ici à peu près impuissant contre les cysticerques de l'encéphale. L'arsenic et l'iode sont néanmoins indiqués. Quant aux cysticerques sous-cutanés, ils peuvent être attaqués par des injections de teinture d'iode ou extraits, ainsi que nous l'avons fait, à l'aide d'une piqûre de lancette.

Le diagnostic de la ladrerie de l'encéphale est certainement très difficile, et Bouchut n'hésite pas à dire qu'il est impossible. La raison en est simple pour cet auteur. La présence des cysticerques dans les centres nerveux ne donne lieu à aucun phénomène morbide, ou bien ceux qu'elle engendre n'ont rien de caractéristique.

Pourtant dans les cas où, comme chez notre malade, garçon fort et robuste, des accidents cérébraux mal déterminés surviennent tout à coup et s'accompagnent de la présence de cysticerques au sein du tissu cellulaire sous-cutané, la ladrerie cérébrale est pour ainsi dire certaine. En l'absence de tumeurs sous-cutanées, le défaut d'antécédents syphilitiques, la bonne santé générale, plaideront en faveur de cette affection qui, si elle n'est sûrement diagnostiquée, sera tout au moins soupçonnée.

Une fois éveillée, l'idée de la possibilité de cysticerques cérébraux conduira à pratiquer le langueyage, et à un examen approfondi du malade. Puis, en l'absence de phénomènes cérébraux caractéristiques, on s'attachera, pour étayer le diagnostic, à relever la lenteur de l'invasion, l'intermittence de la marche, l'accroissement graduel, mais non continu, des symptômes. Aran insiste encore sur l'absence de paralysie, au moins dans la majorité des cas et l'absence de phénomènes réactionnels, excepté aux approches de la terminaison fatale. Tout au moins arrrivera-t-on ainsi à écarter du diagnostic des affections telles que la méningite, l'hémorrhagie, le ramollissement du cerveau, la syphilis cérébrale. Il ne sera pas aussi facile d'éliminer les tumeurs encéphaliques et pourtant l'âge du malade, ses antécédents héréditaires, la connaissance de ses habitudes seront autant de circonstances qui viendront en aide au médecin désireux de connaître exactement la nature des désordres que lui présentent ses malades.

Il restera encore à différencier le cysticerque ladrique de l'échinocoque des centres nerveux. Je ne vous parlerai pas du cœnure, parce que les cas relevés chez l'homme laissent à désirer. Davaine pense même qu'il y a eu confusion entre le cœnure et les échinocoques.

La poche qui renferme ces vers et que l'on désigne sous le nom de kyste hydatique, a pour siège les différents points de la substance nerveuse et quelquefois les cavités ventriculaires qu'elle distend. Elle offre un volume variable, atteignant parfois celui d'un gros œuf de poule lorsqu'elle est unique, toujours moindre dans le cas de multiplicité, sans doute à cause du

défaut d'extensibilité du crâne. Son contenu, liquide transparent et non coagulable par les réactifs de l'albumine, ne pesait pas moins de 500 gr dans un cas, et dans un autre, la masse d'hydatides atteignait le poids de 1,500 grammes.

Les kystes hydatiques exercent sur la substance nerveuse une action peu différente de celle des tumeurs; par leur développement, ils compriment et atrophient les parties voisines de la masse encéphalique, et finissent quelquefois par les réduire à une mince membrane ou par les ramollir s'ils viennent à presser sur les vaisseaux. Les nerfs de la base du crâne qui se trouvent en rapport avec ces kystes sont assez généralement comprimés et partant amincis et atrophiés.

Les parois du crâne peuvent éprouver, du fait de l'accroissement des hydatides, un amincissement plus ou moins considérable, au point d'être perforées et de donner issue au contenu kystique, le plus souvent après suppuration. A la compression des tissus, il faut joindre celle qui porte sur l'aqueduc de Sylvius, dont l'effet est l'hydropisie des ventricules et celle de l'espace sous-arachnoïdien, puis enfin l'obstruction plus ou moins complète d'un important vaisseau bientôt suivie d'anémie, de ramollissement, de congestion ou même d'hémorrhagie.

Les hydatides de l'encéphale, comme les cysticerques, peuvent exister pendant un certain temps sans produire de désordres fonctionnels appréciables; mais le plus souvent ils s'accompagnent de céphalée, de mouvements convulsifs, d'évanouissements et, plus tard, de paralysie, de troubles des facultés intellectuelles, et même de la sensibilité.

Les accidents qui résultent de la présence de ces parasites ont une marche lente, insidieuse, et une durée subordonnée au siège, à l'étendue de la lésion et au degré d'excitabilité de la substance cérébrale. Cette durée est de plusieurs mois ou de plusieurs années. La mort est la terminaison habituelle; elle a généralement lieu dans le coma. Ce phénomène est beaucoup plus commun dans la maladie hydatique que dans la ladrerie, à cause sans doute du volume plus considérable de la tumeur; il peut, dans quelques circonstances, servir à différencier ces deux affections.

L'échinocoque et le cysticerque ne sont pas les seuls parasites rencontrés dans le cerveau. Chez une femme atteinte d'une altération du sternum prise pour un cancer, de lésions cutanées attribuées tout d'abord à la syphilis, plus tard à la morve, et qui mourut dans le collapsus, Köhler reconnut, à l'autopsie, que tous ces désordres étaient dus à la présence de l'actinomycète dans plusieurs organes, le cerveau, le cœur, la langue, la glande thyroïde, etc. La porte d'entrée du parasite avait été la mâchoire supérieure, car l'examen des alvéoles de quelques dents cariées permit d'y trouver ce champignon caractéristique (1). Bollinger (2) a très récemment observé un cas d'actinomycose primitive du cerveau chez une femme de 26 ans. Le diagnostic avait été : tumeur du troisième ventricule, hydrocéphalie interne chronique avec dilatation des ventricules, œdème et anémie du cerveau. L'examen nécroscopique fit découvrir un actinomycome du troisième ventricule. La malade avait de fort mauvaises dents et, par conséquent, c'était sans doute, comme cela arrive le plus souvent, par les aliments que le redoutable parasite aurait été introduit dans l'organisme. Le lait de vache ou de chèvre cru en avait peut-être été le véhicule.

(1) Lancereaux : *Traité d'anatomie pathologique*, t. III, p. 705.
(2) *Archives gén. de médecine*, déc. 1888.

J'ai tenu, à propos d'un cas qui s'est présenté à notre observation, à attirer votre attention sur les parasites des centres nerveux de l'homme; c'est une étude des plus intéressantes, en ce sens qu'elle nous renseigne sur l'origine exacte de quelques affections encéphaliques.

## BIBLIOTHÈQUE

De la pneumonie infectieuse a caractère épidémique, par le docteur Lardier, (de Rambervilliers). — Rambervilliers, 1888.

L'auteur conclut de ses observations qu'il existe une pneumonie lobaire aiguë, *a frigore.* Les faits qu'il a rapportés succinctement établissent qu'il existe dans certaines circonscriptions médicales des pneumonies qui revêtent le caractère nettement épidémique. Leur nombre, tout à fait acceptionnel dans certaines localités quand les agglomérations voisines restent indemnes, est une preuve de cette assertion. Certaines observations tendent à prouver que certaines pneumonies sont transmissibles et contagieuses. Enfin si quelques épidémies sont bénignes, d'autres sont graves, et le pronostic ne peut être établi — *a priori* — avec sûreté sur aucun symptôme spécial. Il faut prendre, en présence de la pneumonie infectieuse, les mêmes précautions qu'en face des autres maladies transmissibles.

Nous ne saurions trop applaudir aux travaux de nos confrères de province qui publient le résultat de leurs observations. — P. Ch.

## REVUE DES JOURNAUX

**Le salicylate neutre de mercure dans le traitement des affections syphilitiques de la peau.** — D'après le docteur Caldwell, de Chicago (*The Therap. Gaz.*, 15 avril 1889), le salicylate neutre de mercure, en raison de sa faible affinité pour les composés organiques, est moins excitant localement que les associations minérales du même métal. Ainsi, l'onguent au salicylate neutre de mercure est plus doux à la peau et l'irrite moins que l'onguent citrin. Il est préférable aux autres onguents mercuriels pour les lésions syphilitiques de la peau. C'est surtout le cas lorsque ces lésions ont pour siège la face ou les mains. Les femmes dont la peau du visage est devenue raboteuse, squameuse, parsemée de taches hyperémiques qui les défigurent, éprouvent une amélioration notable de l'application de cet onguent au moment du coucher.

## ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

### ACADÉMIE DES SCIENCES

*De la chirurgie conservatrice du pied et de l'ablation préalable de l'astragale dans les résections tibio-tarsiennes pour ostéoarthrite suppurée*, par M. Ollier. — En se basant sur 43 observations de pratique personnelle, M. Ollier professe qu'il ne faut pas se hâter de pratiquer l'amputation du pied dans l'ostéoarthrite suppurée du cou-de-pied et des autres articulations tarsiennes. Quoique entourées de plus d'obstacles qu'au membre supérieur, les opérations conservatrices réussissent tout aussi bien dans les ostéopathies du pied, toutes les fois qu'on les applique dans les conditions locales et générales propres à favoriser leur succès. Ce sont des opérations applicables surtout aux jeunes sujets jusqu'à l'âge de 25 à 30 ans ou lorsqu'il s'agit de ces ostéoarthrites spontanées que nous rapportons aujourd'hui à la tuberculose. Il n'y a pas de règle absolue à cet

égard, mais plus tard l'amputation est, d'une manière générale, préférable chez les tuberculeux, et il ne faut pas hésiter à y recourir s'ils sont menacés d'infection générale ou déjà atteints d'un commencement d'altérations viscérales.

Avant l'antisepsie, l'ablation de l'astragale était une opération grave et souvent suivie de mort. Aujourd'hui les conditions sont complètement changées et la mortalité opératoire sera, pour ainsi dire, nulle dorénavant. Les opérés que M. Ollier a perdus ont succombé à une période plus ou moins éloignée de l'opération, à la phthisie pulmonaire ou à une autre localisation tuberculeuse.

En résumé, l'ablation de l'astragale suivie de l'abrasion ou de la résection des articulations limitantes permet de conserver le pied avec sa forme à peu près normale et son aptitude fonctionnelle. Ces résultats paraissent dus au changement dans l'idée directrice et la technique de la résection tibio-tarsienne. L'ablation de l'astragale permet de conserver plus complètement les extrémités tibiales et péroniennes qui sont les parties les plus essentielles pour la solidité du pied, et surtout elle crée une voie large pour explorer le champ opératoire et découvrir les germes morbides qui nous échappaient autrefois.

*Des adénopathies secondaires au lupus vulgaire*, par M. H. Leloir. — Il est certain qu'il peut exister, chez les lupeux, des adénopathies inflammatoires ou autres sans relation aucune avec le virus tuberculeux renfermé dans le foyer lupeux. Mais ne vouloir faire, avec certains auteurs, de toutes ces adénopathies, même des adénopathies caséeuses, que des complications inflammatoires consécutives aux irritations locales qui accompagnent l'infiltration lupeuse du tégument, serait absolument contraire aux faits observés.

Il faut également différencier les adénopathies tuberculeuses consécutives au lupus des adénopathies scrofulo-tuberculeuses pouvant exister avant l'apparition de celui-ci.

Ceci posé, il est certain qu'il existe chez les lupeux des adénopathies *qui sont en relation directe avec le foyer lupeux,* qui sont à ce foyer de tuberculose tégumentaire (car le lupus est une tuberculose peu virulente) ce que les engorgements des ganglions de voisinage sont au chancre tuberculeux expérimental de Hippolyte Martin.

Ce sont des adénopathies secondaires. Elles proviennent de l'envahissement du ganglion par le virus tuberculeux, puisé par les vaisseaux lymphatiques dans le foyer lupeux.

*Ces adénopathies lupeuses présentent les caractères suivants :* elles sont rares ; elles siègent au niveau des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du territoire tégumentaire envahi par le lupus; elles succèdent au lupus et se montrent en général au bout d'un temps assez long après son apparition; elles sont de nature tuberculeuse.

La preuve scientifique de la nature tuberculeuse de ces adénopathies secondaires au lupus n'ayant pas encore été faite, M. Leloir a établi une série de recherches expérimentales et bactériologiques, qui lui ont permis d'établir, dans 7 cas, la nature tuberculeuse de ces adénopathies consécutives au lupus vulgaire.

Dans ces différents cas, les adénopathies survinrent plusieurs années après l'apparition du lupus, elles siégeaient au niveau des ganglions où aboutissent les vaisseaux lymphatiques partant du foyer tégumentaire envahi par le lupus.

Les ganglions malades furent énucléés sur le vivant; une partie du ganglion fut affectée aux recherches bactériologiques; une autre partie fut inoculée à des cobayes (inoculation intra-péritonéale) ou à des lapins (chambre antérieure de l'œil). Dans les 7 cas, M. Leloir obtint des inoculations positives, des séries tuberculeuses de 4 à 7 cobayes, et l'examen histologique lui permit de trouver dans le ganglion de rares bacilles. L'aspect macroscopique des ganglions pouvait, d'ailleurs, dans plusieurs cas, faire présumer qu'ils étaient tuberculeux. Plusieurs de ces adénopathies étaient petites, non caséeuses et présentaient les caractères de la tuberculose ganglionnaire miliaire, telle qu'elle a été décrite par Villemin, Cornil. Ces adénopathies tuberculeuses crues sont plus fréquentes à la suite du lupus non exedens.

Les adénopathies caséeuses suppurées sont, au contraire, plus fréquentes à la suite du lupus exedens.

Cela tiendrait-il à ce que, dans ce cas, les vaisseaux lymphatiques résorbent non seulement les micro-organismes de la tuberculose, mais encore les microbes de la suppuration? Torpide pendant longtemps, renfermant en quelque sorte une tuberculose latente, l'adénopathie deviendrait suppurée lorsque les microbes de la suppuration la réveillent de sa torpeur. M. Leloir a d'ailleurs pu constater également la nature tuberculeuse de ces adénopathies caséeuses et suppurées.

Il résulte de tout ce qui précède que le lupus, tuberculose tégumentaire locale peu virulente, *peut s'accompagner dans certains cas d'adénopathies secondaires, lesquelles sont de nature tuberculeuse.*

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 mai. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Gangrène phéniquée. — Procédé pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens. — Cure de l'anus contre nature. — Traitement des fibromes utérins.

M. Lucas-Championnière rapporte qu'il a observé comme ses collègues des cas de gangrène phéniquée à la suite de l'emploi de solutions fortes. Mais il peut aussi se produire des accidents du même genre avec des solutions dont le titre est peu élevé. Dans ces cas, il faut invoquer soit la prédisposition du sujet, soit la nature du traumatisme, les plaies contuses, par exemple, étant beaucoup plus exposées à la gangrène.

M. Monod fait remarquer que sa malade pouvait être regardée comme prédisposée, car elle se plaignait de froid aux extrémités et avait facilement des engelures.

M. Ollier fait connaître le procédé qu'il emploie pour se donner du jour dans l'ablation des polypes naso-pharyngiens. Il préconise une incision en fer à cheval allant jusqu'à l'os, qui part à droite du bord postérieur de l'aile du nez, passe par la dépression naso-frontale et va rejoindre le bord postérieur de l'autre aile du nez. Les os sont ensuite incisés avec une petite scie et le nez rabattu en avant. Assez souvent, il faut aussi mobiliser la cloison soit avec les doigts, soit avec des ciseaux. Après l'ablation du polype, le nez est relevé, suturé, et il ne reste qu'une cicatrice à peine apparente.

M. Ollier a fait cette opération sur un jeune homme qui a été présenté à la Société en 1876. Il était porteur d'une tumeur qui faisait saillie dans l'orbite et suppurait; elle avait débuté longtemps auparavant. L'ablation permit de reconnaître qu'il s'agissait d'un kyste probablement congénital, avec des néoformations dans l'intérieur.

L'opération que préconise M. Ollier a été mise par lui en pratique plus de cent fois; elle donne beaucoup de jour et est très facile à exécuter. Elle peut aussi être utilisée pour améliorer pendant quelque temps la situation si pénible des malades atteints de carcinomes du maxillaire.

M. Trélat n'a pas employé le procédé de M. Ollier; il se sert de préférence de celui de Desprez (de Saint-Quentin) par lequel on n'ouvre qu'une des cavités nasales, ce qui lui a toujours paru suffisant pour l'ablation des polypes.

M. Ollier insiste sur ce point que son procédé donne beaucoup plus de jour que celui de Desprez.

— M. Richelot fait une communication sur la cure de l'anus contre nature. La section de l'éperon par l'entérotome de Dupuytren est loin d'être exempte d'inconvénients. Souvent on ne peut le saisir dans toute l'étendue nécessaire, et, si l'on agit à l'aveugle, on est exposé à prendre à la base de l'éperon une anse intestinale, c'est-à-dire à des désastres.

L'instrument glisse sur certains éperons; une application entraîne parfois de vives douleurs, des phénomènes nerveux graves.

Quand il n'y a pas d'adhérences entre les deux lames de l'éperon, l'application de l'instrument développe une irritation dont les effets ne sont pas toujours suffisants pour

protéger efficacement la cavité abdominale, et l'on a vu des cas où la section lente de l'éperon a ouvert le péritoine. Or, l'entérotome a pour but de souder les deux parois de l'éperon.

En Allemagne, à Genève, on a préconisé une opération plus radicale qui consiste à ouvrir l'abdomen, à attirer l'intestin au dehors, le réséquer et faire ensuite l'entérorrhaphie circulaire. M. Richelot est prêt à faire cette opération dans certains cas; mais, dans beaucoup d'autres, il pense que l'on peut agir d'une façon beaucoup plus simple en perfectionnant l'ancienne méthode et sans revenir à la section pure et simple qui est dangereuse.

Il est possible, en effet, de sectionner l'éperon tout en fermant le péritoine, et M. Richelot a fait, l'année dernière, cette opération sur un malade opéré de hernie étranglée et porteur d'un anus contre nature.

Le bout inférieur de l'intestin était caché par un bourrelet muqueux qui empêchait absolument le passage des matières. L'éperon est large, étalé, on peut rapprocher ses deux lames avec les doigts et le faire glisser l'une sur l'autre; il n'y a donc pas trace d'adhérences, il faut les établir. M. Richelot, craignant de voir l'entérotome ouvrir le péritoine, et, de plus, ne pouvoir être supporté suffisamment longtemps par le malade, tenta, en s'entourant de toutes les précautions nécessaires, de réséquer l'éperon et de fermer le péritoine.

Dans ce but, il saisit l'éperon par deux pinces hémostatiques qui, par leurs mors, circonscrivaient un V à base supérieure; il enleva avec des ciseaux la portion d'intestin ainsi séparée et plaça sur tout le pourtour de l'intestin une suture en fils de soie à points rapprochés. Les pinces furent alors enlevées sans être restées assez longtemps pour compromettre la vitalité de l'intestin, et on fit un pansement très simple.

Tout se passa bien et, au bout de vingt jours, M. Richelot compléta la cure; il dut, par suite du peu de souplesse de la peau, placer trois étages de sutures dont les premières fermaient l'intestin. Dès le lendemain, les matières passaient par l'anus. Malheureusement le malade était agité, un point manqua et il s'établit une fistule stercorale que le thermo-cautère ne put oblitérer. L'opéré dut être envoyé dans un asile d'aliénés.

— M. Gouguenheim présente un homme de 44 ans qui contracta la syphilis en 1869, eut des accidents laryngés en 1871 et dût être trachéotomisé en 1883. On essaya ensuite de dilater le rétrécissement avec les sondes de Fauvel, puis, plus tard, on recourut aux cautérisations galvano-caustiques. A l'entrée dans le service de M. Gouguenheim, l'oblitération paraissait complète au-dessous des bandes ventriculaires qui avaient l'aspect nacré.

On tenta alors l'emploi de sondes en gomme qui ont été construites sur les indications de Schrœder; elles forment une filière allant de 1 à 12. Les numéros inférieurs furent d'abord employés, et actuellement le malade peut respirer facilement par le larynx; on peut passer le n° 11. Les sondes n'ont jamais été laissées en place plus d'une heure.

M. Lucas-Championnière a eu à traiter un malade chez lequel le rétrécissement s'était produit à la suite d'une fracture. Des sondes Béniqué ont permis de le dilater et elles sont préférables aux instruments inventés par les spécialistes. La plaie de la trachée s'est fermée et le malade se cathétérise lui-même.

M. Desprès demande à M. Gouguenheim de représenter son malade dans quelque temps; car les retrécissements du larynx, comme tous les rétrécissements d'ailleurs, ont la plus grande tendance à se reproduire. Dans un cas il a été obligé à la suite de la dilatation d'un rétrécissement qui avait permis de laisser se fermer la plaie résultant d'une première trachéotomie, d'en faire une seconde.

M. Chauvel a échoué dans deux tentatives de dilatation avec les pinces de Fauvel.

M. Gouguenheim représentera son malade dans quelques mois. Dans le service de Schrœder la dilatation a permis d'obtenir de bons résultats pouvant se maintenir.

M. Terrillon fait une communication sur l'ablation par le vagin de fibrômes interstitiels à base d'implantation large. Ces fibrômes donnent des hémorrhagies, causent d

douleurs ; il conseille de les enlever par morcellement et pour les atteindre de faire la discision et même la résection du col de l'utérus. Il a pratiqué cinq fois cette opération avec un succès complet.

M. Terrillon rapporte trois de ces observations. Dans quatre autres cas il a essayé de faire l'ablation de fibrômes situés au voisinage de la cavité ; ayant échoué il remarqua que la discision et la dilatation rapide du col avaient empiré les accidents d'hémorrhagies et les douleurs.

M. Bouilly partage l'opinion de M. Terrillon relativement à l'ablation des fibrômes sous-muqueux et interstitiels. Depuis 1887, il a fait cinq fois l'opération et a eu quatre succès et une mort. Dans ce dernier cas il y avait eu une perte de sang très abondante.

M. Nélaton présente un malade que M. Périer a opéré d'un genu valgum traumatique compliqué de corps étranger articulaire.

## FORMULAIRE

Collyre contre les taies de la cornée. — Follin.

| | |
|---|---|
| Nitrate d'argent cristallisé | 0 gr. 05 centigr. |
| Eau distillée | 10 grammes. |

Faites dissoudre. — Pour combattre les taies de la cornée, chez les enfants, on instille dans l'œil, le matin, une goutte de laudanum de Rousseau, et le soir, une goutte du collyre ci-dessus au nitrate d'argent. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Panique a Buenos-Aires. — Le bruit s'étant répandu l'autre jour qu'un cas de fièvre jaune avait été constaté à l'hôpital San-Roque, sur un matelot espagnol, une vraie panique s'en est suivie.

Les autorités ont une forte part dans la responsabilité de cette panique, car avant même d'avoir vérifié si le matelot avait bien la fièvre jaune, on a fait cerner l'hôpital par tout un régiment. On avait établi l'isolement complet et interdit aux habitants du quartier qui avoisine San-Roque toute communication avec le reste de la ville.

La commission d'hygiène prenait en même temps des mesures excellentes pour le cas où il se serait véritablement agi de fièvre jaune, mais quand on a eu l'idée de vérifier le diagnostic — 48 heures après toutes ces mesures — on a reconnu que le matelot en question, cause de tant d'alarmes, n'avait qu'un dérangement intestinal vulgaire.

(*Bull. méd.*)

Ablation des polypes laryngiens par le malade lui-même. — Le docteur G. Stoker a présenté à la Société de médecine de Londres, le 18 mars dernier, un malade qui arrive à examiner lui-même ses cordes vocales et à s'extirper des papillômes. Cet homme qui a perdu la voix depuis l'âge de 7 ans, a subi depuis cette époque toutes sortes de traitements laryngés ; en particulier, on lui avait fait plus de 120 opérations, soit avec la cuiller tranchante, soit avec le thermocautère.

Il s'est efforcé de se soigner lui-même. Pour cela il se couche sur le dos, fixe au-dessus de lui un miroir incliné pour éclairer le fond de la gorge, puis de la main gauche il introduit le laryngoscope, tandis que la main droite accomplit l'opération. Pour avoir une sûreté de main plus grande, le malade appuie ses coudes contre deux tables, entre lesquelles il se tient couché (*Bull. méd.*)

## COURRIER

Concours de l'adjuvat. — Le jury du concours de l'adjuvat est provisoirement constitué de la façon suivante :

MM. Ch. Richet, Farabeuf, Poirier, Guyon, Panas, Jalaguier.

Les candidats sont MM. Chipault, Noguez, Faure, Louis, Raymond, Mauclaire, Guillemin, Sauvineau, Delagenière.

Concours d'agrégation (anatomie et physiologie). — Les candidats à la place d'agrégé d'anatomie pour la Faculté de Paris sont au nombre de trois. Ce sont MM. Guinard, Rœtterer et Variot.

Les candidats à la section de physiologie sont au nombre de six. Ce sont : pour la Faculté de Paris, M. Gley; pour la Faculté de Bordeaux, M. Hédon; pour la Faculté de Lille, M. Meyer; pour la Faculté de Lyon, M. Vialleton; pour la Faculté de Montpellier, MM. Abelous et Lapeyre.

Le jury est ainsi constitué : 1° Juges titulaires MM. Mathias-Duval, président; Farabeuf, Charles Richet, François-Franck, Paulet (de Montpellier), Tourneux (de Lille) et Morat (de Lyon); — 2° Juges suppléants : MM. Straus, Poirier, Remy et Reynier.

Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie). — Le jury de ce concours est ainsi constitué :

1° Juges titulaires : MM. Gavarret, président; Gariel, Armand Gautier, Regnauld, Engel (de Montpellier), Charpentier (de Nancy) et Figuier (de Bordeaux).

2° Juges suppléants : MM. Proust, Hanriot, Gabriel Pouchet et Villejean.

Les candidats liront leur composition dans l'ordre suivant :

*Chimie :* MM. Monange, Denigèze, Fauconnier.

*Physique :* MM. Patein, Weiss, Bertin-Sens, Lecercle, Faucher.

— M. le docteur Lassègue a été nommé médecin directeur de l'hospice maritime du Cap-Breton (Landes).

— M. le docteur Le Roy de Méricourt est nommé vice-président du bureau des sciences, au Congrès des sociétés savantes.

M. le docteur Hamy est nommé secrétaire du bureau de géographie historique et descriptive, au même Congrès.

— M. de Quatrefages, professeur d'anthropologie au Muséum, est autorisé à se faire suppléer par M. le docteur Hamy, aide-naturaliste.

— MM. les docteurs Dujardin-Beaumetz et Duchaussoy sont nommés membres du Congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre.

Nécrologie. — MM. les docteurs Cassan, d'Albi. — Savary, de Saint-Benoit-sur-Loire. — Lemarinier, de Bretteville-sur-Laize. — Phélippeau, de Saint-Savinien. — Rialan, médecin de la marine. — Brière, de Breteuil. — Pascal, de Paris. — Géry, de Fayl-Billot. — Vuaillat, de Lyon.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

### L'huile de foie de morue et la digestion des graisses.

### Succédanés de l'huile de foie de morue.

I

L'huile de foie de morue a été l'objet, dans ces derniers temps, d'un certain nombre de recherches intéressantes. Sa composition a été fixée, on lui a cherché des succédanés, et enfin de nouveaux modes d'administration ont été proposés.

MM. Arm. Gautier et L. Mourgues (1) ont trouvé dans l'huile un certain nombre d'alcaloïdes, dont quelques-uns très actifs, qu'ils ont étudiés dans les différentes sortes et extraits de l'huile blonde ou fauve. Les bases se divisent à peu près également en bases volatiles et en bases non volatiles. Ce sont la butylamine, l'amylamine, l'hexylamine, l'hydrotulidine (base nouvelle), la morrhuine (base nouvelle). Ils ont encore trouvé dans l'huile de la lécithine et un acide azoté cristallisable, à la fois acide assez puissant et alcaloïde, auquel ils ont donné le nom d'acide gaduinique.

La butylamine accélère les fonctions de la peau et des reins, et produit à fortes doses, chez les animaux, de la fatigue, de la stupeur et des vomissements. L'amylamine à doses élevées provoque des tremblements, des convulsions, puis la mort. L'hexylamine a une action semblable, mais moins toxique. La dihydrotulidine est moins vénéneuse; à doses fortes, on provoque de la dépression entrecoupée de périodes d'excitation, de la paralysie des membres postérieurs et la mort; à dose faible, il y a simplement diminution de la sensibilité générale. L'aselline, qui n'existe dans l'huile qu'en très faible quantité, produit, à dose relativement forte, la fatigue, l'anhélation, la stupeur. La morrhuine forme le tiers de la totalité des bases et il y en a à peu près 2 milligrammes par cuillerée à bouche; elle excite l'appétit, provoque la sueur et augmente la quantité des urines. A forte dose, 10 centigrammes par kilogramme, elle produit la fatigue et l'hébétude.

MM. Arm. Gautier et L. Mourgues regardent les alcaloïdes qu'ils ont décrits comme de véritables leucomaïnes dissoutes par les corps gras dans les cellules du foie après la mort de l'animal.

(1) Acad. des sciences : 9 juillet, 23 juillet, 15 octobre 1888.

L'on sait que l'on a attribué une grande importance à l'iode et au phosphore que renferme l'huile de foie de morue, ce dernier corps existant probablement à l'état de lécithine, ce qui le rend essentiellement assimilable; mais il est facile de prescrire l'iode et le phosphore à l'organisme sous une forme médicamenteuse quelconque et cependant les effets reconstituants produits sont loin d'être les mêmes. Les principes gras que renferme l huile (surtout de l'oléinc et très peu de stéarine) sont donc les plus importants, parce que c'est sous cette forme que les corps gras s'absorbent le plus facilement, ainsi que l'ont démontré les expériences déjà anciennes de Berthé. Cette facilité de résorption tient à ce que les huiles renferment, au moins à l'état d'huiles brunes, des acides gras libres en quantité nécessaire et suffisante; ces acides gras se transforment en savons dans l'intestin au contact des liquides alcalins et leur dissolution dans l'eau désagrège pour ainsi dire la périphérie des gouttes d'huile. Chaque gouttelette formée est entourée d'un pellicule d'acides gras et l'émulsion est faite. L'huile blanche est moins bien absorbée, parce qu'elle contient moins d'acides.

Marpmann (1) croit que le grand avantage de l'huile de foie de morue est qu'elle se mélange plus facilement avec le suc gastrique. Si, en effet, on fait ce mélange en se servant de suc gastrique artificiel et que l'on agite, la couche de graisse se dépose en haut après quelques minutes; cependant elle conserve la forme d'une émulsion encore après trois quarts d'heure, tandis qu'avec d'autres graisses il se produit aussitôt une élimination huileuse. D'après Marpmann, il existe dans l'huile de foie de morue une substance précipitable par l'alcool et l'éther qui donne aux autres graisses, après dissolution dans l'eau, les propriétés de l'huile de morue elle-même. Cette substance existerait aussi dans le suc pancréatique; elle est précipitée par l'acide tannique et elle produit des phénomènes de réduction avec la solution cuprique.

Quel que soit le rôle que l'on ait fait jouer au milieu alcalin dans la digestion de la graisse, il paraît cependant certain qu'elle peut se faire dans l'estomac; G. Klemperer et S. Scheurlen (2) ont résumé les travaux récents sur cette question et fait des expériences nouvelles. Cash (3) tua un chien et en prit la muqueuse stomacale qu'il réduisit en bouillie. Il exposa de petites quantités de cette muqueuse mélangée à une faible quantité de graisse neutre à la température du corps et put observer la séparation d'acides gras; une solution diluée d'acide chlorhydrique augmente la quantité d'acides séparés. Ogata (4) établit le fait de la séparation dans l'estomac vivant. Il versait dans l'estomac de chiens de l'oléine neutre bien purifiée; par une fistule, il retirait après quelques heures le contenu stomacal et trouvait des acides gras libres. Will (5) a montré que, dans l'intestin des grenouilles, les graisses ne sont pas émulsionnées, mais transformées en glycérine et acides gras, et qu'elles diffusent comme l'eau. D'autre part, Cash a trouvé que, chez le chien, la graisse contenue dans l'intestin était à l'état libre et non émulsionnée, et il a établi que souvent la réaction de l'intestin grêle est acide et qu'il ne peut s'y produire l'émulsion des savons.

(1) *Munch. med. Wochens.*, 1888, 29.
(2) *Zeits. für klin. Med.*, Bd. XV, Hft. 4.
(3) *Du Bois. Arch.*, 1880, p. 323.
(4) *Du Bois. Arch.*, 1881, p. 515.
(5) *Pfluger's Arch.*, Bd. XX, p. 255.

En outre, V. Frey (1) a montré que l'émulsion formant le chyle était différente, sous beaucoup de rapports, d'une émulsion de savons et que, pour former une émulsion d'*agitation* comme celle du chyle, un savon n'était pas nécessaire. Enfin, d'après Muller (2) et J. Munk, des graisses qui ne fondent pas à la température du corps et qui, par conséquent, ne peuvent être émulsionnées sont résorbées dans l'intestin. Heidenhain (3) admet que la division de la graisse en forme de poudre, en gouttelettes fines non mensurables, comme en présente le chyle, ne se produit ni dans l'intestin, ni dans l'épithélium ou dans le parenchyme des villosités, mais dans les vaisseaux du chyle.

Il paraît donc établi que pour l'absorption de la graisse, ni la saponification, ni l'émulsion ne sont absolument nécessaire. Klemperer et Scheurlen ont recherché sur des chiens si l'acide oléique libre était absorbé par l'estomac, quelle était la proportion encore ignorée dans laquelle l'estomac extrayait l'acide oléique de l'oléine, si l'oléine neutre, non décomposée, était résorbée, et enfin si les bactéries participaient à la décomposition de la graisse dans l'estomac.

Ils ont obtenu les résultats suivants : 1° L'acide oléique pur n'est pas résorbé par l'estomac. Pendant l'expérience, qui a duré trois heures, il ne s'est pas formé d'acide carbonique ni d'acide lactique, au contraire le suc gastrique sécrété contenait 1 p. 1,000 d'acide chlorhydrique; 2° quand de l'oléine pure était introduite et laissée trois heures dans l'estomac, 1,23 p. 100 d'acide oléique en a été séparé. Mais l'oléine a été aussi peu absorbée que l'acide oléique; 3° sous l'action des bactéries de l'estomac 1/2 p. 100 des acides gras sont rendus libres; comme, dans les expériences précédentes, le triple de cette quantité d'acide avait été mis en liberté, la décomposition de la graisse dans l'estomac doit être attribuée pour la plus grande part à la muqueuse. Des expériences sur l'homme ont donné les mêmes résultats.

Tout cela est important, car il en résulte que l'estomac n'absorbe pas les graisses, non plus que les acides gras, et que, d'autre part, l'alcalinité n'est pas absolument nécessaire pour la séparation des acides gras.

## II

Les acides gras sur le rôle desquels Buchheim a insisté dans l'absorption de l'huile de foie de morue, ont été soit ajoutés à l'huile, soit même administrés seuls.

C'est qu'en effet les difficultés d'administration de l'huile de morue ont fait chercher de nombreux succédanés. Les deux plus connus sont le morrhuol et la lipanine.

Le morrhuol a été obtenu en traitant l'huile brune par l'alcool à 90°; c'est un produit peu odorant, âcre, qui doit être donné en capsule. Chazeaud (4), qui l'a étudié soigneusement, prétend qu'il produit, chez les phthisiques, les mêmes effets que l'huile de foie de morue, mais cause quelquefois des éruptions cutanées que MM. Sée et Capitan ont comparé à l'acné iodique. D'après l'auteur, les doses seraient les suivantes : 2 à 4 capsules de 0,2 au

(1) *Zeits. für klin. Med.*, Bd. XII.
(2) *Virchow's Arch.*, Bd. XCV.
(3) *Pfluger's Arch.*. Suppl. Heft. Bd. XLIII.
(4) Thèse de Paris, 1887.

moment des repas chez les enfants de 12 à 15 ans, 6, 8 et même 10 chez les adultes. Ces dernières doses correspondent à 30, 40 et 50 grammes d'huile brune. Chapoteau (1), Pernod, l'ont employé avec succès dans la bronchite chronique et la tuberculose; ils donnent 2 à 4 capsules aux enfants et ne dépassent pas 6 chez l'adulte.

La lipanine préconisée par Von Mering (2) est de l'huile d'olive où 6 p. 100 d'acide gras environ est à l'état de savon. Le goût n'a rien de désagréable et la digestibilité est très grande ainsi que l'absorption. L'administration peut être prolongée longtemps sans que l'on ait à craindre de troubler les fonctions digestives ou de voir le médicament rejeté en grande partie par les matières fécales; il n'y a jamais ni nausées, ni vomissements, ni diarrhée, et le médicament est très bien toléré l'été. Chez 30 enfants malades scrofuleux et rachitiques, la lipanine améliora l'état général et augmenta le poids du corps; 6 diabétiques et 4 phthisiques (adultes) en prirent de 2 à 6 cuillerées à soupe pendant plusieurs mois. Le sucre n'augmenta pas chez les diabétiques. Von Mering conseille encore le médicament dans les cas où la digestion des graisses ne se fait pas par suite de troubles du côté des voies pancréatique ou biliaire. Elle est entièrement absorbé dans l'intestin (Hausser).

Salkowski (3) pense qu'il vaudrait mieux ajouter à l'huile de l'acide oléique pur ou bien des acides érucique ou palmitique; mais, de ce dernier, le premier rancit très facilement et l'autre se cristallise après avoir été dissous (Von Mering) (4).

O. Hauser (5) a expérimenté la lipanine à la Clinique infantile du professeur Kohts; il la donnait par petites quantités après les repas : 4 à 12 grammes par jour, soit une à trois cuillerées à thé répétées trois ou quatre fois par jour.

38 enfants de 15 mois à 14 ans ont été soumis à l'administration du médicament. Ils étaient atteints d'affections diverses : anémie, rachitisme, chorée, scrofule, tuberculose, ou étaient convalescents d'affections aiguës, de fièvre typhoïde. Tous les enfants préféraient la lipanine à l'huile de foie de morue, sauf un qui était atteint de fièvre hectique; tous ont augmenté de poids. Plusieurs, qui souffraient de troubles digestifs ou chez lesquels l'huile de morue était mal supportée, virent leur état s'améliorer sous l'influence de la lipanine. L'amélioration a surtout été notable dans les affections consomptives, la phthisie chronique. Il faut, au début, commencer par de petites doses et augmenter progressivement. On peut mélanger la lipanine à divers médicaments, la créosote, le menthol, le phosphore; ou bien, enfin, s'en servir dans les sauces, dans la salade.

Fournié, pharmacien en chef des hôpitaux de Lyon, a, sur les conseils de Lépine (6), essayé d'un autre véhicule pour les acides gras libres; il a eu recours au beurre qui est mieux absorbé que les huiles végétales et a fait sa préparation comme il suit : « Le beurre est préalablement fondu, lavé à l'eau alcalinisée d'abord, pure ensuite et ainsi débarrassé de la caséine, du sérum et des acides gras volatils qui le souillent. On lui mé-

(1) *Journ. de méd. de Bruxelles*, 1887, 17, p. 386.
(2) *Therap. Monatsch.*, 1888, février.
(3) *Therap. Monatsch.*, 1888, p. 49 et 233.
(4) *Therap. Monatsch.*, 1888, p. 235.
(5) *Zeitschrift f. Kl. Medicin.*, t. XIX, fasc. 5 et 6.
(6) *Semaine médicale*, 1888, 245.

lange ensuite 5 p. 100 d'acides gras mixtes, obtenus de la façon suivante : une quantité de beurre déterminée est saponifiée; le savon obtenu est décomposé par un acide à l'abri de l'air (courant d'acide carbonique) et à basse température (pour éviter la formation d'acide oxyoléique); les acides gras surnageant sont lavés après *refroidissement*, à différentes reprises, par affusions d'eau à 75°, puis mélangés au beurre purifié et salé dans les proportions indiquées plus haut. Le produit obtenu est absolument dépourvu d'odeur et de saveur désagréables si l'on a bien opéré, et rappelle, par ses propriétés physiques et organoleptiques, le beurre fondu des ménages. Rien n'est plus facile que de lui mélanger ensuite des médicaments non incompatibles, un iodure, par exemple. Cette manière de faire est préférable à celle qui consisterait à mélanger simplement l'acide oléique pur du commerce au beurre lavé, etc., en raison du prix élevé de l'acide, environ 100 francs le kilog.

Lépine a commencé à expérimenter ce produit sur les phthisiques de son service, mais il n'a pas donné, croyons-nous, les résultats de ses expériences.

III

Les succédanés de l'huile de foie de morue, malgré ces divers essais, n'ont pas complètement fait leurs preuves et dans les cas urgents il faudra avoir recours à l'huile elle-même et choisir, si l'on peut, les huiles de couleur foncée qui sont malheureusement les plus mal supportées, probablement en raison des leucomaïnes qu'elles renferment et que nous avons étudiées plus haut.

Le moment de l'administration de l'huile a de l'importance. Beaucoup d'auteurs conseillent de la donner aux repas, soit pure, soit en émiettant dedans de petits fragments de sardine. D'après Gubler (1), la pancréatine l'émulsionne, la rend plus supportable et permet de l'administrer à de plus fortes doses. Desguin (2) recommande de faire prendre l'huile en une seule fois, le soir au coucher. On commence par 5 ou 6 grammes et on va à 30, 60 grammes. La digestion se fait pendant le sommeil, et les éructations sont généralement supprimées. Le matin la digestion est terminée, de telle sorte que l'appétit n'est pas diminué.

Pour les nouveau-nés Veldham (3) a conseillé la méthode d'administration suivante qui est simple et facile. La nourrice trempe le bout de son doigt dans l'huile et le place dans la bouche de l'enfant, 5 ou 6 fois dans les vingt-quatre heures. Les petits enfants ne marquent aucune répugnance.

Un nombre considérable de mélanges ont été préconisés pour faciliter l'administration de l'huile. Le moyen classique consiste à mettre un peu de sirop d'écorces d'oranges amères ou de sirop de sucre autour de la cuillère et à prendre une pastille de menthe ou un peu de curaçao, sitôt après l'injestion. On peut encore placer sur la langue avant de prendre l'huile, quelques grains de sel ou une essence volatile, par exemple une ou deux gouttes d'essence de pyrèthre. Gubler a conseillé une gelée faite avec de l'huile et de la gélatine animale, et parfumée avec l'essence d'eucalyptus.

Voici deux préparations récemment formulées (4) :

(1) *Leçons de thérap.*, 2e édition 1880, p. 32.
(2) *Arch. méd. belges*, août 1887, p. 107.
(3) *Revue de Ther.* 1887, 20, 550.
(4) *Nouveaux remèdes*, 1889, 7.

| | | |
|---|---|---|
| 1° Huile de foie de morue............. | 240 | grammes. |
| Eau.............................. | 135 | — |
| Carbonate de soude................ | 60 | centigrammes. |
| Essence d'eucalyptus............... | 75 | — |
| Sirop, quantité suffisante pour faire... | 450 | grammes. |
| 2° Peptone de bœuf.................. | 160 | — |
| Sucre.............................. | 60 | — |
| Essence de Wintergreen............. | XXV | gouttes. |
| Huile de foie de morue.............. | 240 | grammes. |
| Alcool............................. | 30 | — |
| Eau, quantité suffisante pour........ | 480 | — |

M. bien jusqu'à faire une émulsion.

Dans ces deux compositions, le goût de l'huile de foie de morue est complètement masqué.

Lefaki (de Galata) (1) a remarqué, que si l'on mélange parties égales d'huile de foie de morue et d'eau de chaux, on obtient un liquide d'aspect lactescent, inodore et de consistance sirupeuse, que l'on aromatise à volonté, soit avec l'essence de citron, celle de vanille ou toute autre essence. L'huile de foie de morue saponifiée de cette façon est presque agréable au goût, n'adhère pas aux parois de la cavité buccale, et ne laisse pas, en passant par la gorge, cet arrière goût nauséeux et rance qui la fait si souvent repousser. Le produit, loin de s'altérer, conserve toujours son homogénéité et sa lactescence; il est d'une assimilation facile, même pour les estomacs faibles, qui n'ont qu'à élaborer une substance déjà préparée; elle peut être administrée même pendant la diarrhée; elle introduit des éléments calcaires auxquels ont peut joindre des phosphates, enfin elle est d'une préparation facile et instantanée et d'un prix médiocre.

Le mélange avec l'eau de laurier cerise est généralement bien supporté.

| | | |
|---|---|---|
| Huile de foie de morue.................. | 100 | grammes. |
| Hydrolat de laurier-cerise........... .... | 15 | — |

Agitez, laissez déposer et décantez. On peut remplacer l'hydrolat de laurier-cerise par de l'essence d'amandes amères, 0,5.

Ferrand conseille de se laver la bouche avec de l'eau sucrée, de mouiller l'intérieur d'un verre où l'on met un peu d'eau, puis l'huile et de boire le tout rapidement. On prend ensuite une gorgée d'eau aromatique.

Un procédé qui réussit souvent (Veillard) (2) consiste à verser dans un verre de la bière bien mousseuse et la quantité d'huile voulue. La mousse qui surnage empêche l'huile d'être en contact prolongé avec le voile du palais et rend moins désagréable l'absorption du médicament.

Enfin, Seig (3), pour modifier agréablement l'odeur et la saveur de l'huile, a recommandé de lui adjoindre la créosote et la saccharine dans les proportions suivantes :

| | |
|---|---|
| Huile de foie de morue.................... | 2000 grammes. |
| Créosote.................................. | 2 gr. 50 centig. |
| Saccharine................................ | 0 gr. 16 — |

L'odeur du médicament ressemble à celle de la viande fumée.

(1) *Rev. médico. Pharm. de Constantinople*, 31 déc. 1888.
(2) *Formulaire des maladies des enfants*, 2e édition, Paris. — 1888.
(3) *Journal de méd. de Paris*, d'après *Druggists Circular and chronical Gazette.*

Bien d'autres procédés plus ou moins compliqués ont été essayés et nous ne pouvons les énumérer tous. Quel que soit celui que l'on choisira, il faut bien savoir que l'huile doit être donnée à doses fortes doses et c'est un point sur lequel le professeur Grancher (1) a tout particulièrement insisté. Une à deux cuillerées à soupe en vingt-quatre heures ,dit-il, sont des doses homéopathiques chez l'adulte ; c'est six, douze qu'il faut prescrire si l'on veut faire un effet sérieux. Il faut cependant avoir soin de n'arriver aux hautes doses que très progressivement et en veillant sur l'état du tube digestif.

P. CHÉRON.

## REVUE DES JOURNAUX

**Dangers des injections parenchymateuses de cocaïne.** — Avec la vulgarisation de la cocaïne, et surtout l'emploi fréquent des injections parenchymateuses, il n'est rien d'étonnant à ce que les cas d'intoxication se multiplient. De petites doses peuvent donner déjà lieu à des accidents, tandis qu'on a vu des injections répétées correspondant à des doses totales de 10 à 20 centigrammes de cocaïne ne présenter aucun inconvénient (Fraenkel : 10 seringues d'une solution à 1/100; Schmidt : 5 seringues d'une solution à 4/100).

Hænel, qui en fait dans sa policlinique un usage journalier, a observé quelques faits d'intoxication légère : pâleur, sueurs froides, vertige, étourdissements, angoisse, malaise, pouls fréquents, etc.; ces inconvénients disparaissent avec les inhalations de nitrate d'amyle. Dans un cas où on ne peut les employer, la patiente, qui avait reçu une injection de 0 gr. 008, eut ensuite une nuit sans sommeil.

En raison de la susceptibilité si différente des divers sujets, Hœnel ne débute que par de très petites doses et s'en abstient dans les grandes opérations (les effets sont d'ailleurs nuls dans les opérations sur les os). Pour de simples incisions, il emploie 0 gr. 005, et deux ou trois fois cette quantité pour de petites opérations, comme l'ablation d'une tumeur, l'extraction d'un corps étranger, l'opération du phimosis, ayant recours en même temps, quand il y a lieu, à l'hémostase artificielle. Pour l'extraction d'une dent, il suffit d'injecter de chaque côté entre la gencive et l'alvéole 0 gr. 005; le résultat est excellent dans la majorité des cas. On peut avoir toutefois des insuccès complets. La plus haute dose employée par l'auteur, et sans aucun inconvénient, est de 0 gr. 035.

Dans le cas qui fait l'objet de cette note, un dentiste avait injecté sous la gencive, à une jeune fille vigoureuse de 19 ans, les trois quarts d'une seringue contenant une solution à 15/100, soit 0 gr. 1,125 de cocaïne en deux fois, puis avait procédé à l'extraction sans douleur. La patiente s'était ensuite rincé la bouche, mais d'une façon tout inconsciente, puis avait pâli, perdu connaissance et présenté des convulsions. Le nitrite d'amyle et les appplications froides sur le front n'avaient amené aucune amélioration.

Au moment où Hænel voyait la malade, elle était toujours sans connaissance, insensible à toute excitation, la respiration suspirieuse, la face cyanosée. Le corps entier, tronc et extrémités, était agité de violentes convulsions cloniques qui se répétèrent, avec des intervalles de repos croissant peu à peu, pendant cinq heures. Les muscles du visage ne participaient pas au spasme ; les pupilles, moyennement dilatées, étaient sans réaction. Pas d'exophthalmos. Peau chaude et sèche ; le thermomètre, à la fin de la crise, donne 38°2. Le pouls, impossible à compter au début, donna enfin 176 pulsations; respiration 44. Après la cessation des convulsions, la malade resta encore deux heures sans connaissance. Revenue à elle, elle affirma n'avoir plus eu conscience de rien, la seconde injection de cocaïne faite. Il lui était impossible de se tenir debout, de lever les bras et de serrer la main qu'on lui tendait ; elle avait de la photophobie; la sensibilité cutanée était diminuée, la muqueuse du nez et de la bouche était complètement anes-

(1) *Dict. Dechambre.* Art. SCROFULE, p. 348.

thésiée, le goût et l'odorat perdus, la gorge sèche, la soif ardente; pouls 132, respiration 28. Puis survint de la cardialgie, d'abord peu intense, puis très développée les jours suivants; les urines se supprimèrent pendant vingt-quatre heures; pas de sommeil pendant trente heures; pas d'appétit pendant quatre jours.

Pendant que les autres phénomènes disparaissaient en deux ou trois jours, la cardialgie persista six jours. Le nitrite d'amyle et les compresses froides sur la tête étaient restés sans action; d'assez fortes doses d'opium ne paraissent pas avoir eu grande influence.

Tous ces accidents sont bien en rapport avec ceux que les travaux de Danini, Anrep, Dardufi, etc., attribuent expérimentalement à la cocaïne : troubles de la sensibilité, attaques épileptiformes d'origine corticale (crampe vaso-motrice); augmentation considérable de la pression sanguine, accélération du pouls due non à une paralysie du nerf vague, mais à une excitation de l'appareil accélérateur, diminution des sécrétions.

Landterer a fixé comme dose maxima de cocaïne en injection 0 gr. 015; Decker, 0 gr. 02; Hænel s'arrêterait à 0 gr. 03, mais en recommandant de ne pas atteindre cette dose chez les cachectiques, les cardiaques, les vieillards. (*Berliner Klin. Woch.*, et *Semaine médicale*, 1er mai 1889.) — Dr Ph. L.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 mai 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. le docteur Blanquinque (de Laon), au Conseil départemental d'hygiène de l'Aisne sur les épidémies de 1888;

2° Un mémoire du docteur Coiffier (du Puy), sur les vaccinations pratiquées dans l'arrondissement du Puy en 1888;

3° Un rapport sur les vaccinations faites dans le IVe arrondissement de Paris en 1888, par le docteur Commenge;

4° Les vaccinations et revaccinations faites à l'usine à gaz de Saint-Mandé, en octobre et novembre 1888, deuxième mémoire, par le docteur Commenge;

5° Un rapport sur la vaccination et la revaccination des militaires de la garnison d'Epinal, en novembre 1888, par le docteur Morer;

6° Une lettre du directeur général de l'Assistance publique, annonçant le vote du Conseil général, qui alloue une subvention de deux mille francs à l'Académie, pour le service de la vaccine animale.

— M. Legroux, au nom de M. Dupré et au sien, rapporte une observation de communication congénitale des deux cœurs. Pendant la vie, le malade qui n'était pas cyanosé présentait un souffle systolique prolongé, rude, à la partie interne du troisième espace intercostal gauche. M. Legroux fit le diagnostic de communication des deux ventricules et il fut vérifié à l'autopsie; la cloison était perforée à sa base. C'est M. Roger qui a indiqué avec précision le souffle pathognomonique.

— M. Ollier fait une communication sur la résection du genou. Elle est peu admise en France. Cependant les nouvelles méthodes opératoires, les nouveaux pansements ont permis d'abaisser la mortalité à 5 ou 6 p. 100. Cela tient surtout à l'emploi des pansements rares, et M. Ollier depuis 1884 n'emploie qu'un pansement à l'iodoforme. La suppression du drainage peut être faite, mais n'est possible que quand l'articulation n'est pas infectée. Du reste, les drains résorbables n'ont pas d'inconvénients.

M. Ollier préfère les sutures métalliques à celles qui sont résorbables.

Les sutures, de plus, irritent les os et cela est favorable au point de vue de la production de l'ankylose, ce qui est le but cherché, l'ankylose étant bien préférable à une néarthrose mobile.

La résection du genou est indiquée dans les ostéo-arthrites suppurées graves, et aussi dans celles qui durent très longtemps. Il faut les faire très larges surtout chez l'adulte, à cause des récidives, mais avoir soin de conserver chez l'enfant la plus grande étendue possible du cartilage de conjugaison.

Ce n'est pas seulement avec l'amputation de la cuisse que la résection du genou doit être mise en parallèle, c'est surtout avec l'expectation très prolongée. M. Ollier ne saurait trop s'élever contre la résection dans les cas qui peuvent guérir par l'immobilisation et le temps. Mais il n'est pas prudent d'exposer pendant des années à toutes les chances d'aggravation locale ou d'infection tuberculeuse générale des malades atteints d'ostéo-arthrite tuberculeuse et qui peuvent guérir en trois mois par la résection. Avec l'antisepsie, la question a changé de face.

— M. Dujardin-Beaumetz regarde la soif et la polyurie comme bien plus fréquentes chez les diabétiques que ne l'a dit M. Worms; de même ils mangent habituellement beaucoup et quand ils cessent de le faire, le pronostic s'aggrave.

Il y a au moins trois formes de diabète : forme bénigne et légère; forme lente de moyenne d'intensité; forme grave.

C'est le régime alimentaire approprié qui sert de guide par ses résultats; quand il fait disparaître le sucre, le diabète est léger.

Il faut défendre le lait; on peut permettre 100 grammes de pommes de terre cuites à l'eau à chaque repas, préférer le pain de seigle au pain de gluten.

Les éléments hydrocarbonés que ne prennent plus les diabétiques doivent être remplacés par la graisse; on donnera donc aux malades des sardines, du thon, des harengs à l'huile, de la choucroute, etc.

La saccharine, quand on ne dépasse pas 10 centigr. par jour, rend de véritables services en permettant de sucrer le café et le thé, qui sont très utiles et doivent remplacer l'alcool.

Quand on a affaire à un diabétique de moyenne intensité, on emploiera avec utilité les médicaments, tels que l'antipyrine, l'exalgine, le sulfate de quinine, qui portent leur action sur la partie supérieure de la moelle et le bulbe.

L'exercice musculaire est aussi très utile. Par la combinaison de ces différents moyens, on peut, non pas guérir le diabétique, mais le placer dans les meilleures conditions pour s'opposer aux causes d'affaiblissement et de déchéance organique qui le menacent.

M. G. Sée établit d'abord que l'urine normale contient du sucre ou des substances similaires. M. Hardy et lui ont montré que les réactifs ordinaires ne suffisent pas pour cette recherche, mais qu'il faut employer la phénylhydrazine, qui permet de reconnaître 0,033 milligr. de sucre pour 100 grammes. En opérant avec son aide, on trouve la réaction indicatrice chez 16 à 17 p. 100 des individus sains.

En donnant 160 grammes de pain blanc on fait apparaître du sucre en grande quantité dans l'urine des diabétiques ou candidats diabétiques, tandis que la proportion ne change pas si l'individu n'est pas diabétique. Chez ce dernier, la plus petite quantité de lactose ou de sucre de canne augmente le sucre.

Les urines renferment des corps tels que le furfurol, du chlorure de benzoïle, des hydrates de carbone voisins du groupe glucose dont la transformation en ce dernier groupe est possible.

Le sucre dans les urines est normal, la matière glycogène dans le foie et les muscles est normale, la glycosurie ne sera que l'exagération de la genèse normale. Alors le diabète est constitué et le malade exposé à une véritable auto-intoxication, qui peut amener l'empoisonnement du sang et le terrible coma diabétique. Mais nous comprenons ainsi comment des diabétiques peuvent vivre longtemps avec leur maladie quand elle est bien soignée, car le diabétique est prédisposé à l'apparition d'un grand nombre d'accidents redoutables : cataractes, complications de plaies, tuberculose.

Quand la transformation du glycogène en sucre s'exagère, le malade est en quelque sorte inondé de sucre, et cette exagération est surtout la conséquence d'une circulation hépatique exagérée par excitation réflexe des vaso-moteurs; l'irritation primitive pro-

vient de la moelle allongée et de presque tous les centres nerveux. Il peut y avoir ainsi hypergenèse de la glycose musculaire.

Les variétés du diabète sont les modifications d'un même état, et tel diabète léger aujourd'hui peut être grave demain.

Les traitements du diabète ont beaucoup dépendu des doctrines pathogéniques, et M. G. Sée passe en revue les principaux d'entre eux. A l'heure actuelle, on doit opposer au diabète : le régime, la musculation et les médicaments nervins, opium et surtout antipyrine que l'on peut donner pendant quinze jours, trois semaines en même temps qu'un régime plus sévère ; on revient ensuite peu à peu au régime habituel.

M. Albert Robin est d'accord avec M. Sée quant à la présence normale de matières ternaires dans l'urine. Chez tous les malades qui rendent du sucre, les matières ternaires diminuent ; elles réapparaissent quand on fait disparaître le sucre.

## VARIÉTÉS

—

### ASSOCIATION DE LA PRESSE MÉDICALE.

Plusieurs directeurs ou rédacteurs en chef de journaux de médecine se sont réunis pour fonder une sorte de syndicat destiné à la défense des intérêts de la presse médicale.

C'est la réalisation d'une idée qui a déjà été soulevée à diverses reprises et qui n'a jamais abouti. Voici les statuts de l'Association nouvelle :

Article premier. — Il est établi à Paris, sous le bénéfice de la loi de 1884, un syndicat professionnel sous la dénomination de *Association de la Presse médicale.*

Art. 2. — Cette Association a pour but et pour objet l'étude et la sauvegarde des intérêts de la Presse médicale.

Art. 3. — Elle comprend des membres fondateurs et des membres titulaires, jouissant exactement les uns et les autres des mêmes droits.

Art. 4. — Sont membres fondateurs les signataires des présents statuts.

Art. 5. — Pour faire partie de l'Association comme membre titulaire, il faut : 1° être docteur en médecine ; 2° être propriétaire, directeur, rédacteur en chef d'un journal de médecine ou délégué en vertu d'un pouvoir régulier ; 3° être présenté par deux membres de l'Association ; 4° être élu en Assemblée, à la majorité des membres de l'Association, sur les conclusions d'un rapport qui est confié à un membre autre que les deux parrains : les membres absents peuvent voter par correspondance ou par procuration.

Art. 6. — Chaque journal ne peut avoir qu'un seul representant au sein de l'Association.

Art. 7. — L'Association est administrée et représentée en toute occasion par trois syndics élus par elle et renouvelables par tiers tous les ans. Le sort désignera les deux sortants pour la première période triennale. Les syndics sortants sont rééligibles.

Art. 8. — L'Association a pour siège social la résidence de l'un des syndics.

Art. 9. — Les membres de l'Association paient une cotisation annuelle de trente francs, réduite à quinze francs pour les membres de province.

Art. 10. — L'Association se réunit trimestriellement le deuxième vendredi de février, mai, août et novembre, et cette réunion est suivie d'un banquet confraternel dont les cotisations servent à couvrir les frais.

En dehors de ces réunions statutaires, l'Association peut se réunir extraordinairement sur la convocation des syndics.

Paris, le vingt-et-un février mil huit cent quatre-vingt-neuf.

Ont signé, et sont par conséquent membres fondateurs de l'Association :

MM. Auvard : *Archives de tocologie.* — Bardet : *Les nouveaux remèdes.* — Bottentuit : *France médicale.* — Bouchut : *Paris médical.* — Bourneville : *Progrès médical.* — Cadet de Gassicourt : *Revue mensuelle des maladies de l'enfance.* — Cézilly : *Concours médical.* — Charcot : *Archives de neurologie.* — Cornil : *Journal des connaissances médicales pratiques*

*et de pharmacologie.* — Doléris : *Archives nouvelles d'obstétrique et de gynécologie.* — Dujardin-Beaumetz : *Bulletin général de thérapeutique.* — Duplay : *Archives générales de médecine.* — Galezowki : *Recueil d'ophtalmologie.* — Gouguenheim : *Annales des maladies de l'oreille et du larynx.* — Huchard : *Revue générale de clinique et de thérapeutique.* — Joffroy : *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique.* — Laborde : *Tribune médicale.* — Landouzy : *Revue mensuelle de médecine.* — Lereboullet : *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* — Le Sourd : *Gazette des hôpitaux.* — Lucas Championnière : *Journal de médecine et de chirurgie pratiques.* — A. J. Martin : *Revue d'hygiène et de police sanitaire.* — Mary-Durand : *Courrier médical.* — De Maurans : *Semaine médicale.* — Nicaise : *Revue mensuelle de chirurgie.* — Panas : *Archives d'ophthalmologie.* — Prengrueber : *Bulletin médical.* — De Ranse : *Gazette médicale de Paris.* — Richelot : *Union médicale.* — Ch. Richet : *Revue scientifique.*

Les trois syndics élus sont MM. Cézilly, Cornil et de Ranse.

## FORMULAIRE

TRAITEMENT DE L'ANÉMIE TRAUMATIQUE AIGUE. — Chauvel.

Dans le cas d'anémie traumatique aiguë, la première indication à remplir est d'arrêter la perte de sang, et d'en prévenir le retour. L'hémostase une fois assurée, on lutte contre la tendance à la syncope, par la position horizontale, la flagellation, l'application de bandes d'Esmarch sur les membres inférieurs. La transfusion directe est indiquée ici : malheureusement elle exige un appareil compliqué, et l'angoisse de l'opération peut nuire au blessé. — Les injections sous-cutanées d'éther, la chaleur, les stimulants diffusibles sont également efficaces. — Surveiller le malade en raison de la tendance aux syncopes. — Lorsque la période primitive est terminée, il faut s'efforcer, par une alimentation convenable, par un traitement reconstituant, par le fer et par l'hydrothérapie, de favoriser la réparation du liquide sanguin. — N. G.

## COURRIER

CONCOURS D'AGRÉGATION EN CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS. — Ce concours s'est terminé mardi soir par les nominations suivantes :

Faculté de Paris : *Chirurgie*, MM. Nélaton, Tuffier, Ricard; *accouchements*, M. Bar.

Faculté de Lyon : *Chirurgie*, M. Gangolphe.

Faculté de Bordeaux : *Chirurgie*, M. Villar; *accouchements*, M. Rivière.

Faculté de Montpellier : *Chirurgie*, M. Estor.

Faculté de Lille : *Chirurgie*, M. Phocas; *accouchements*, M. Bureau.

— Le concours de l'adjuvat s'est ouvert le lundi 20 mai, à midi et demi, sous la présidence de M. le professeur Guyon ; MM. Poirier, Jalaguier, Brun et Rémy, juges.

DÉCISION MINISTÉRIELLE RELATIVE A L'APPEL DES MÉDECINS DE RÉSERVE EN 1889. — A la date du 17 mai courant, le ministre de la Guerre a décidé que l'appel des médecins de réserve aura lieu, en 1889, dans les conditions suivantes (19e corps d'armée excepté) :

266 médecins seront convoqués à l'époque des manœuvres d'automne, savoir :

230 médecins aides-majors de première classe ou de deuxième classe ;

36 médecins-majors de deuxième classe.

Ces médecins seront désignés par les généraux commandant les corps d'armée auxquels ils sont affectés, quel que soit leur domicile, et seront pris parmi ceux qui n'ont pas encore été appelés, en commençant par les plus jeunes de grade.

Des aides-majors de première classe pourront être convoqués à défaut de médecins-majors.

La durée du stage sera de vingt-huit jours dans tous les corps d'armée. L'appel devra s'opérer de telle sorte, qu'il se termine au moment de la clôture des manœuvres.

Aucune dispense d'appel ne pourra être accordée, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations.

Les demandes formées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée et ne seront accueillies par eux qu'autant que les motifs, sur lesquels ils s'appuieront, paraîtront nécessiter impérieusement qu'il y soit fait droit.

Les intéressés seront d'ailleurs prévenus que, s'ils n'accomplissent pas leur stage en 1889, ils y seront astreints l'année suivante.

— M. le professeur Brouardel reprendra le cours de médecine légale, le lundi 27 mai, à quatre heures, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Innovation excellente a la Faculté de médecine. — La Faculté vient d'ouvrir un pavillon d'anatomie d'été par les soins du chef des travanx. Un certain nombre de livres et d'atlas d'anatomie, quelques pièces sèches, des moulages et des os ont été rassemblés dans ce pavillon qui devient ainsi un véritable musée-bibliothèque d'anatomie normale. Ce pavillon est ouvert tous les jours de midi à 4 heures. Les préparations et les pièces, provenant des examens d'anatomie, y sont déposées chaque jour dans de grandes auges remplies d'un liquide conservateur, et restent ainsi à la disposition des élèves qui peuvent, en achevant la dissection de ces pièces et en les touchant revoir toute leur anatomie. Nous ne saurions trop féliciter la faculté de cette heureuse innovation qui répond à une lacune de notre enseignement anatomique. Dans notre pensée, ce pavillon sera utile non seulement aux élèves désireux de continuer les études ébauchées pendant le semestre d'hiver, mais il servira surtout aux élèves ayant déjà échoué à une des épreuves d'anatomie. Jusqu'ici, ces élèves étaient renvoyés à une date ultérieure; mais la Faculté ne leur fournissait point les moyens de compléter une instruction anatomique jugée insuffisante. Par la création d'un pavillon d'anatomie d'été cette faute de logique disparaît. Nous n'ignorons pas combien l'Ecole pratique souffre du manque de cadavres; aussi l'utilisation des pièces et des préparations provenant des examens suppléera-t-elle dans une large mesure à l'insuffisance des sujets. (*Progrès médical.*)

— Anatomie chirurgicale de l'appareil génito-urinaire. Opérations qui se pratiquent sur cet appareil. Le docteur Duchastelet fait ce cours les lundis et mercredis, à quatre heures, à l'amphithéâtre, n° 3, de l'École pratique.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Pierre-Edouard Tribes, ancien chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes, décédé à l'âge de soixante-douze ans. Il laisse un digne successeur dans la personne de son fils, M. le docteur Marius Tribes, ancien interne des hôpitaux de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer également la mort de MM. les docteurs Filleul et Trinité (de Roueu); Gavard (de Viuz-en-Sallas).

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 mai 1889. — *Ordre du jour* : 1. M. Trousseau : Traitement des granulations au XIe siècle. — 2. M. Durozier : Le cœur hystérique. — 3. Communications diverses.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## BULLETIN

M. le professeur Ollier a utilisé de la manière la plus profitable pour la science le séjour forcé, à Paris, que le concours d'agrégation lui avait imposé; le lundi à l'Académie des sciences, le mardi à l'Académie de médecine, le mercredi à la Société de chirurgie, on l'a entendu communiquer le résultat de son expérience au sujet d'un point de la chirurgie des os et des articulations qu'il connaît si parfaitement.

Mardi dernier, à l'Académie, il a plaidé la cause de la résection du genou, qui n'a pas encore en France la faveur dont elle jouit à l'étranger; certaines modifications au procédé opératoire, comme le siège de l'incision des téguments, la suture osseuse, au pansement consécutif, comme le pansement à l'iodoforme joint à l'appliéation d'un appareil inamovible pendant plusieurs semaines, rendent cette opération plus facile et ses résultats meilleurs; un seul pansement suffit le plus souvent. Le drainage peut être supprimé, comme le demandait M. Bœckel, mais seulement dans les résections traumatiques ou orthopédiques; jamais quand l'articulation est infectée. Les indications de la résection du genou sont aussi plus précises,

## FEUILLETON

### CAUSERIE

Le chloroforme appelé à trancher une cause en litige devant la justice administrative, voilà assurément une application nouvelle et curieuse de l'anesthésie. Voici de quoi il s'agit :

Un ouvrier charpentier, M. Vally, avait été blessé en passant près de Saint-Eustache par la chûte d'une pierre qui s'était détachée de l'église. Sur la demande d'indemnité qu'il forma contre la Ville de Paris et la fabrique de Saint-Eustache, le Conseil de préfecture ordonna deux expertises simultanées, l'une pour rechercher les causes de l'accident et déterminer à qui incombait la responsabilité, l'autre pour procéder à l'examen médical de M. Vally, constater l'existence et la gravité des blessures qu'il avait reçues et évaluer l'indemnité qui pouvait lui être due, en tenant compte de ses frais de maladie et de l'incapacité de travail qui résultait, prétendait-il, d'une paralysie du bras droit, conséquence d'une fracture de la clavicule.

Trois médecins, MM. Delaporte, Gombault et Voisin furent chargés de la seconde expertise.

Pour s'assurer que l'état de M. Vally n'était pas plus ou moins simulé, ils manifestèrent l'intention de recourir à l'anesthésie. Mais l'intéressé refusa de se soumettre à cette

et M. Ollier s'élève contre l'abus que l'on a fait de cette opération chez les enfants, et dans certains cas qui auraient pu guérir par l'immobilisation, le temps et la patience.

Le *souffle de Roger,* tel est le nom que M. Legroux propose de donner à un signe pathognomonique de la communication congénitale des deux cœurs par inocclusion du septum ventriculaire, à propos d'une belle observation recueillie dans son service par M. Dupré. Assurément l'usage qui tend à prévaloir de donner à une maladie ou à un symptôme d'une maladie le nom de l'auteur qui les a le premier ou le mieux décrits est très louable; il a des avantages, mais il a déjà englobé tant de noms que la liste en est fort longue et qu'il aura pour inconvénient d'exposer à des erreurs ou des oublis ceux qui ne sont pas doués d'une mémoire exceptionnellement heureuse.

— La discussion sur le diabète soulevée dans la dernière séance par M. Worms paraît devoir prendre de grandes proportions. M. Dujardin-Beaumetz est d'un avis contraire à son collègue sur la fréquence de la soif et de la polyurie chez les diabétiques; sur la classification des diabètes au point de vue de la gravité; sur le régime, sur l'emploi du lait, des aliments gras, du pain, de la saccharine, de l'antipyrine, etc. M. le professeur Sée partage la manière de voir de M. Beaumetz à ce point de vue. Mais il a soulevé une autre question, celle du diabète normal ou plutôt de la quantité de glycose qui existe normalement dans l'urine des individus sains. M. Sée croit à la glycosurie normale, M. A. Robin également, et samedi dernier, à la Société de biologie, M. Quinquaud a démontré qu'il existait à l'état physiologique un certain degré de glycosurie, évalué à 80 centigrammes par litre. M. Sée a donné la proportion de 14 sur 42 individus réputés sains qui présentaient la réaction caractéristique du sucre; mais ici je dois relever une erreur d'audition, ou d'impression, ou, que M. Sée veuille bien me pardonner, de calcul; 14 sur 42 cas ne font pas une proportion de 16 à 17 p. 100, comme je l'ai lu dans un journal, mais 33 à 34 p. 100. — L.-H. P.

---

épreuve et demanda au conseil de préfecture de déclarer que les experts devaient se borner à l'examiner, sans l'endormir.

A l'audience, il soutint, par l'organe de son avocat, que l'anesthésie pouvait à la rigueur entraîner la mort du patient; que les experts ne sauraient lui garantir que cette opération ne lui serait pas fatale; que leur prétention était contraire au texte et à l'esprit de l'arrêté qui avait ordonné l'expertise, aux principes les plus élémentaires du droit naturel, et même aux règles de la médecine légale; qu'en effet une opération de ce genre était louable lorsqu'elle avait pour objet de sauver ou de guérir un malade; qu'on pouvait peut-être, le cas échéant, en admettre la nécessité et la légitimité en matière criminelle, à l'égard d'un accusé; mais que, si on prétendait l'appliquer à la victime d'un accident, à un homme réclamant en justice la réparation du tort qui lui avait été causé, elle constituerait un acte attentatoire à la liberté humaine.

Voici en quels termes le tribunal administratif, présidé par M. Emile Laurent, a résolu la question :

Le Conseil :

Considérant que, si les experts chargés des constatations médicales dont il s'agit ont le droit de se livrer à toutes les recherches qui leur paraîtraient nécessaires, le sieur Vally ne saurait cependant être contraint à se soumettre à des épreuves qu'à tort ou à raison il croit dangereuses pour sa vie ou sa santé.

Arrête :

## Des opérations incomplètes de végétations adénoïdes.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 27 avril 1889,

Par le docteur Luc, ancien interne des hôpitaux.

L'ablation des végétations adénoïdes du pharynx nasal est encore, à l'heure qu'il est, une opération imparfaitement réglée et que chacun pratique, un peu à sa façon, les uns donnant la préférence à tel instrument plus ou moins compliqué, tandis que d'autres prétendent s'en tirer avec le seul secours de l'ongle, tel opérant, en plusieurs séances, sans chloroforme, tel usant de cet agent anesthésique pour tout terminer d'un coup. Expérience faite, c'est cette dernière façon de procéder que nous avons adoptée, depuis plusieurs années, à l'exemple de nos amis les docteurs A. Martin et Calmettes, et nous apprécions chaque jour davantage les bénéfices de cette méthode qui, supprimant complètement l'indocilité et les mouvements intempestifs du malade, permet d'agir avec une grande sûreté, en contrôlant, à tout instant, avec l'index, la marche de l'opération, de limiter l'action de l'instrument tranchant aux parties malades et d'éviter ainsi les hémorrhagies inquiétantes, immédiates ou consécutives, résultant généralement de la blessure accidentelle de la muqueuse saine.

Pour ce qui est du choix de l'instrument, nous continuons de donner la préférence aux pinces tranchantes de Lœwenberg, modifiées par Châtelier, de façon à ne pouvoir saisir les parties situées au devant d'elles : la cloison nasale, par exemple. Ainsi modifié, cet instrument peut être, sans crainte, porté très en avant et détacher des végétations situées tout contre les choanes : celles que l'on a le plus de chances d'*oublier*. L'ongle, que nous n'hésitons pas à considérer comme tout à fait insuffisant, à lui seul, peut être utilisé avec avantage, après la pince, pour gratter la surface d'implantation des néoplasmes et en assurer la complète extirpation.

Enfin, il est dans nos habitudes de faire suivre l'opération d'une injection de solution boriquée, très chaude, dans le conduit naso-pharyngien, ma-

---

Les experts sont invités à procéder, dans la huitaine, à l'examen médical du sieur Vally, en se bornant aux constatations et évaluations prévues par l'arrêté du 13 novembre 1888.

Assurément l'avocat de M. Vally a trouvé un argument sans réplique, en prétendant que l'anesthésie pouvait à la rigueur entraîner la mort de son client, et j'aime à croire que les juges n'ont pas hésité à lui donner raison. Mais je suis vraiment étonné que les experts chargés d'apprécier si la paralysie du bras était simulée ou réelle n'aient pas trouvé un moyen plus innocent et aussi efficace de porter leur diagnostic. Espérons qu'ils en viendront pourtant à bout.

***

Depuis quelque temps, les procès en responsabilité intentés par les clients mécontents aux médecins tendent à devenir fréquents ; des doutes s'élèvent contre l'infaillibilité professionnelle, qu'on va discuter dans la presse et devant les tribunaux comme le secret professionnel; plusieurs de nos confrères se sont émus de cette tendance et le *Journal de médecine de Paris* s'exprime ainsi à ce sujet :

« Quoique le Code pénal français admette la réparation civile pour tout dommage causé, involontairement ou non, par imprudence, maladresse ou inattention, nous ne sachons pas qu'en France l'application de ce principe ait jamais eu lieu en ce qui concerne la transmission des maladies épidémiques ou contagieuses.

C'est en Angleterre seulement que nous trouvons des applications de ce genre. Elles

nœuvre offrant le triple avantage d'agir comme antiseptique, comme hémostatique, et d'indiquer, d'après la force avec laquelle le liquide injecté ressort par l'autre narine, le degré de désobstruction nasale obtenu.

Quelle que soit la méthode opératoire employée, nous avons la conviction que la plus grande difficulté de l'opération en question consiste à la faire complète et radicale.

Nous avons fait, un assez grand nombre de fois, la constatation suivante (et nous savons pertinemment que nous ne sommes pas seul à l'avoir faite) : un malade ayant été opéré avec tout le soin, toute la tranquillité, toute la latitude de temps désirables, le doigt introduit à plusieurs reprises dans le pharynx nasal nous ayant donné la sensation que cette cavité était complètement débarrassée de tout néoplasme, la pince introduite à fond, plus ou moins en avant ou en arrière, n'ayant plus ramené aucune parcelle de tissu morbide, enfin l'injection pratiquée par une narine étant ressortie avec force, du côté opposé, nous nous croyions en droit de compter sur un résultat complet; et pourtant ce même malade, revu quelques semaines seulement après l'opération, respirait encore avec bruit, et le miroir, aussi bien que le doigt, permettaient de constater la présence de masses végétantes assez considérables en arrière des choanes. *En revanche, une nouvelle intervention débarrassait le malade d'une façon définitive.*

Faut-il admettre qu'en pareil cas il y ait eu *récidive?* Cela est absolument inadmissible, étant donné le temps très court (quinze jours dans un cas) écoulé entre l'opération et la nouvelle constatation, étant donné aussi le résultat constamment radical d'une deuxième intervention opératoire. Il serait d'ailleurs irrationnel d'admettre que le tissu de la troisième amygdale eût plus de tendance à se reformer, après destruction, que celui des amygdales proprement dites. Force est donc d'admettre que, malgré toutes les apparences contraires, l'opération avait été incomplète, et l'explication que nous proposait récemment notre collègue Châtelier, de ce fait singulier, également constaté par lui, nous paraît rationnelle et mérite d'être reproduite ici : on sait que le volume des végétations adénoïdes est éminemment

---

ont même été assez nombreuses pendant ces dernières années. Mais nous pensons que ces jugements n'ont pas encore la précision voulue, qu'ils ne s'appuient pas sur des faits indiscutables et nous regretterions vivement si une semblable législation venait à prévaloir en France. Il nous suffira de citer deux jugements qui viennent d'être rendus à Leeds et à Londres.

Un habitant de la ville de Leeds, dont l'enfant était atteint de scarlatine, ayant donné du linge à laver sans l'avoir préalablement désinfecté, un petit garçon et une fillette qui étaient venus successivement chercher le blanchissage furent atteints de scarlatine deux jours après avoir pénétré dans la maison contaminée et communiquèrent la maladie à deux de leurs frères. Sur la plainte de la mère des enfants atteints par la contagion, le tribunal de Leeds a condamné l'auteur involontaire de cette transmission épidémique à 50 francs d'amende, pour avoir donné à blanchir du linge non désinfecté.

Le second jugement rendu par un tribunal de Londres nous paraît dépasser la mesure. Il s'agit, dans l'espèce, de la responsabilité des propriétaires d'immeubles dans lesquels se sont déclarées des maladies contagieuses. Ce tribunal a condamné à 1,750 fr. de dommages-intérêts un propriétaire de l'île de Wight qui avait loué l'été dernier une villa meublée dans laquelle deux enfants et trois autres personnes de la famille du plaignant n'avaient pas tardé à contracter la fièvre typhoïde, par suite d'une contamination probable de l'eau d'un puits faisant partie de la propriété.

Cette condamnation à des dommages-intérêts est d'autant plus remarquable que la défense a pu établir devant le tribunal que toutes les précautions avaient été prises pour

variable, vraisemblablement suivant la quantité de sang qui afflue à leur intérieur. Les malades qui en sont porteurs en sont très inégalement gênés d'un jour à l'autre.

Ceci posé, rien ne nous semble plus logique que d'admettre, qu'à la fin de l'opération, ceux de ces néoplasmes qui sont le plus profondément situés ayant été entamés par la pince ou par l'ongle, laissent écouler le sang qu'ils renferment et s'affaissent consécutivement, au point de devenir inappréciables au toucher. Quand, au contraire, une fois la cicatrisation produite, le sang recommence à les pénétrer, ils se gonflent, gênent de nouveau la respiration et donnent l'illusion de la récidive.

Dans le but de nous mettre à l'abri de cette occurrence, nous avons adopté la pratique de faire suivre l'opération, à quelques jours de distance, d'une cautérisation ignée destinée à détruire complètement tout débri de tissu végétant. A cet effet, nous avons fait construire un cautère pouvant s'adapter à notre galvano-cautère habituel, ayant la courbure propre aux instruments destinés à pénétrer jusqu'à la voûte pharyngienne et formés d'une anse de fil de platine enroulée, à son extrémité, de manière à former une surface plane, discoïde, un peu inférieure à celle d'une pièce de 20 centimes.

L'étendue de la surface cautérisante permet d'effectuer très rapidement la destruction de la zone suspecte. Cette petite opération peut être à la rigueur exécutée à l'aveugle et sans l'assistance d'un aide. Il est bon de la faire précéder d'une cocaïnisation des parois du pharynx nasal, y compris la face supérieure du voile du palais. L'anesthésie une fois obtenue, ce dernier est attiré en avant au moyen de notre crochet et le cautère est introduit, froid, jusqu'à ce qu'il vienne buter contre la voûte pharyngée. On fait alors passer le courant, puis le cautère est retiré et l'on se rend compte l'aide du miroir du résultat obtenu.

On arrive ainsi, après trois ou quatre applications de cautère, à atteindre le but désiré.

Si l'on dispose d'un aide suffisamment exercé au maniement du crochet, on peut tenir le miroir de la main gauche et opérer avec le secours de la vue. Ce

---

assurer un bon état hygiénique de l'immeuble. Le puits avait été nettoyé de fond en comble quatre ans auparavant et son eau avait été analysée.

Nous le répétons, les hypothèses sur lesquelles s'appuient les jugements de ce genre sont encore trop peu fondées pour servir de base à la responsabilité civile et pénale.

Se basant sur les doctrines d'aujourd'hui en vogue, on pourrait condamner à des dommages et intérêts, et même à la prison, tout propriétaire dont les locataires seraient atteints d'une maladie épidémique, telle que la rougeole, la variole, la scarlatine ou la fièvre typhoïde. Cette responsabilité s'étendrait aux restaurateurs, aux maîtres de pension, aux municipalités et à tous ceux qui seraient suspectés d'avoir vendu des breuvages et aliments contenant des microbes pathogènes. Il y a là une tendance abusive ; qu'on y prenne garde si on ne veut arriver à déconsidérer aux yeux du public les doctrines qui font la base de l'hygiène moderne. »

Nous sommes d'avis, comme notre confrère, qu'il y a pour le moment une tendance abusive dans les répressions faites contre les auteurs inconscients des contagions susdites; les magistrats qui ont cru se faire les interprètes de la loi en infligeant des peines sont évidemment en avance sur leur siècle. La punition n'aurait été méritée que si les prétendus coupables avaient su qu'ils mettaient en danger la santé ou la vie de leurs semblables; or, cela n'est pas. Pour que cela put être, il faudrait que les notions relatives à la manière dont se propagent les maladies contagieuses fussent assez répandues dans la population non médicale de France aussi bien que d'Angleterre ou des autres pays, afin que *personne n'en ignore*; il faudrait qu'il fut explicitement dit dans la

mode de cautérisation n'est malheureusement applicable qu'aux sujets dociles, et l'on sait qu'ils ne forment pas précisément la majorité des malades porteurs de végétations. Il serait, d'autre part, malaisé de le pratiquer à la fin de l'opération sanglante en profitant du sommeil chloroformique, en raison de la difficulté de porter le platine à une température suffisamment élevée, au contact d'une surface où le sang suinte abondamment. On devra donc, chez les enfants très jeunes et particulièrement indociles, apporter un soin tout spécial à pratiquer une ablation aussi complète que possible des végétations. Mais toutes les fois que la cautérisation post-opératoire aura été inexécutable, il sera sage de s'attendre à la possibilité d'un retour partiel, à courte échéance, des symptômes d'obstruction nasale et à la nécessité d'intervenir de nouveau pour compléter le résultat de la première opération.

## CORRESPONDANCE

23 mai 1889.

Monsieur le directeur de l'*Union médicale*,

Permettez-moi un dernier mot au sujet de la *Loi de Colles-Baumès*. MM. Diday et Doyon, prétendant réduire à néant ma « spécieuse » argumentation par un article qu'ils ont publié il y a six ans, en reviennent, pour défendre la paternité de Colles, à citer la phrase par laquelle le patriarche de Dublin dit avoir jugé digne de remarque *que jamais un enfant, tenant la syphilis* DE SES PARENTS, *n'ait infecté le sein de sa mère en la tétant.* Comme, à la page suivante, Colles a jugé également digne de remarque que *jamais un nfant,* INFECTÉ PAR LA MÈRE, *n'ait déterminé sur elle une ulcération vénérienne du mamelon,* c'est cette deuxième phrase de l'auteur anglais, — laquelle, à mon avis, prouve clair comme le jour que Colles n'avait pas en vue la mère *restée saine*, — c'est cette deuxième phrase, dis-je, que j'aurais espéré voir *citer* et expliquer par les « Collistes ». Ils n'en ont rien fait. Dans ces conditions, et comme il ne s'agit ici que de la traduction et de l'interprétation d'un texte anglais, — question sur laquelle l'homme le plus ignorant en syphiligraphie me paraît être en droit de donner son avis, pourvu qu'il sache suffisam-

loi que le fait d'avoir propagé une maladie contagieuse entraîne une répression, afin qu'on put infliger celle-ci à l'inculpé, sous prétexte que nul n'est censé ignorer la loi; il faudrait..., etc.

Arrêtons-nous dans cette éclosion d'hypothèses, bien que nous soyons dans la saison où tout éclot, surtout les hannetons. Les notions relatives à la propagation des maladies contagieuses sont peu connues du vulgaire, d'autant plus que ceux qui lisent les journaux y trouvent l'écho des contradictions qui s'élèvent actuellement encore au sein de nos Sociétés savantes sur la contagion elle-même; comment, sauf pour les cas qui leur crèvent les yeux, iront-ils croire à la contagiosité des maladies, quand les médecins eux-mêmes ne peuvent se mettre d'accord là-dessus? Comment iront-ils s'astreindre à prendre des précautions hygiéniques ennuyeuses et coûteuses, quand ceux qui les prescrivent ne les émettent souvent que sous forme de vœux approuvés par une partie seulement de leurs collègues et sanctionnés... par rien. Voyez ce qui vient de se passer à l'Académie pour la pelade, pour la lèpre, pour la vulvo-vaginite des petites filles, comme affections contagieuses, et pour une grosse question d'hygiène, celle des poêles mobiles.

Les uns ont dit que la pelade était contagieuse, les autres que non; ceux-ci l'ont emporté, et on a renoncé à l'isolement des enfants peladeux, en particulier dans les lycées. La pelade est si bien contagieuse qu'un de mes amis, médecin d'un des grands lycées de Paris, présente depuis plusieurs mois sur son occiput une belle plaque de pelade gagnée dans ses visites au lycée; je vous assure que celui-là est bien rallié à la doctrine de la contagion.

ment l'anglais, il ne me reste qu'à me retirer de la discussion, en conservant mon opinion.

Je dois dire, en terminant, qu'elle est conforme à celle de M. le professeur Fournier, à l'autorité et à la maturité scientifique de qui on avait cru devoir faire appel.

Veuillez agréer, M. le rédacteur en chef, l'assurance de ma considération très distinguée.

A. MOREL-LAVALLÉE.

## REVUE DES JOURNAUX

**Inconvénients du traitement de l'otorrhée par l'acide borique en poudre**, par le docteur WILHEM MEYER (*Ann. des mal. de l'oreille*, 1889, 2). — Schwartze s'est élevé le premier contre l'emploi inconsidéré de l'acide borique dans les écoulements d'oreille. Les cas, dit-il, où l'acide est le plus utile sont ceux où la membrane du tympan est largement perforée à sa partie inférieure, où la sécrétion est faible et la muqueuse lisse. Dans les autres cas, l'acide borique est inutile ou dangereux, surtout dans les suppurations aiguës de la caisse et dans les suppurations chroniques avec perforation de la membrane de Schrappell.

Ces vues de Schwartze ont été confirmées au Congrès de Berlin en 1886, où Lucæ, Trautmann, Gruber et Guye ont constaté une fréquence plus grande des inflammations de l'apophyse mastoïde, depuis qu'on traite l'otorrhée à l'aide de substances pulvériformes. Le Congrès fut unanime à poser les règles suivantes pour le traitement des suppurations de l'oreille par n'importe quel médicament en poudre.

Ne jamais procéder au traitement avant d'avoir nettoyé à fond et exploré avec soin l'oreille; ne jamais employer de poudre quand les conditions d'évacuation du pus sont défavorables; enfin, n'insuffler jamais qu'une très faible quantité de la substance pulvérulente.

Le travail le plus récent et le plus complet sur ce sujet (mars 1888) est celui du docteur Stacke (d'Erfurt), paru dans le *Deutsch. med. Wochenschr.* en 1887. Stokes aboutit aux mêmes conditions que Schwartze. Parmi les causes de rétention du pus, il signale : la consistance épaisse de l'exsudat, la petitesse et la situation défavorable de la perforation de la membrane du tympan et la présence d'un corps pulvériforme à l'extérieur de l'ouverture d'écoulement.

---

Il en a été de même pour la vulvo-vaginite, qu'on a bien reconnue contagieuse, mais sans prendre de mesures officielles contre elle; pour la lèpre, qui elle non plus ne serait pas contagiense; et cependant les journaux nous annonçaient récemment qu'un courageux missionnaire, qui s'était consacré à soigner les lépreux dans une île de l'Océanie, avait fini par contracter la lèpre et en mourir.

La marche du progrès est lente, surtout en matière de doctrines médicales; avant de remplacer celles qui sont enfoncées dans l'esprit du peuple depuis plusieurs siècles par celles qui sont *à peu près* admises aujourd'hui sur la contagion des malades, il coulera encore beaucoup d'eau sous les ponts. Quant à faire entrer dans la loi des pénalités relatives à ces doctrines et à les appliquer, je crois qu'il sera bon de méditer plus de sept fois encore sur ce sujet.

SIMPLISSIME.

---

GROG A LA POUDRE DE VIANDE. — Dujardin-Beaumetz.

Poudre de viande.................................... 2 cuillerées.
Sirop de punch........................................ 3 cuillerées.

Lait, quantité suffisante pour obtenir un mélange très liquide. — On prescrit cette boisson alimentaire aux anémiques et aux convalescents de maladies graves. — N. G.

Les indications pour l'emploi de l'acide borique en poudre données par Stacke sont les mêmes qae celles de Schwartze, sauf que le premier signale en outre l'action favorable de l'acide borique sur les excoriations du conduit auditif et de la membrane du tympan qui se produisent fréquemment au cours de l'otorrhée. Stacke a observé 8 cas dans lesquels l'emploi de la poudre borique s'est montré en partie sans utilité, en partie a donné lieu à des accidents de rétention plus ou moins graves.

L'auteur donne quelques détails sur ces cas. Voici sa conclusion :

On peut sans danger essayer de traiter toute otorrhée chronique par la poudre borique quand les conditions d'évacuation du pus sont favorables; seulement, la poudre doit être insufflée en petite quantité, et le médecin doit être à même d'examiner le patient tous les jours. Avant l'insufflation, l'oreille doit être lavée avec soin et séchée à l'aide de coton stérilisé.

Si, au contraire, le médecin ne peut voir le patient tous les jours, si la suppuration est aiguë ou si, étant chronique, les conditions d'écoulement sont défavorables, il ne faut pas insuffler même une petite quantité d'acide borique. Enfin, le traitement par l'acide borique ne doit jamais être confié au malade, ni à son entourage. — P. N.

**Contribution à la nature parasitaire du coryza aigu**, par le docteur F. Condone (de Naples). (*Archivii ital. di laringologia* et *Annales des maladies de l'oreille*, février 1889.).— L'auteur veut démontrer l'identité du coryza et de la pneumonie, opinion qui a été soutenue aussi par Massei, Trifoletti et Meyer; il dit avoir rencontré les mêmes micro-organismes dans les deux affections.

Cliniquement, le coryza est infectieux et contagieux (Lowenberg, Baginsky, etc.). Thorst a non seulement reconnu l'espèce de parasite, mais, en l'inoculant chez la souris, il a déterminé la mort par pleuro-pneumonie et constaté une quantité extraordinaire de bacilles capsulés.

Cardone cite deux faits de contagion. Dans le premier, le coryza se transmit à trois personnes et, sur toutes, il se compliqua soit de pneumonie, soit de bronchite.

Sur des cultures, il a trouvé le *Staphylococcus pyogenes*, le *Staphylococcus aureus* et *albus*, mais surtout en grande quantité le *diplococcus* de Frænkel et le *pneumococcus* capsulé de Friedlander.

Les influences atmosphériques, les lésions de la muqueuse nasale, les constitutions débiles, etc., agissent en favorisant le milieu de culture. Cardone admet aussi que c'est le nez qui infecte le poumon, la réciproque n'étant pas rationnelle.

Comme traitement, il préconise les lavages désinfectants, et surtout les badigeonnages de la muqueuse nasale avec une solution de sublimé de 1 gramme pour 1,000 grammes d'eau. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 mai 1889. — Présidence de M. Abadie, vice-président.

Le procès-verbal de la séance précédente est lu et adopté.

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine; deux brochures de M. le docteur Dobieszewski, membre correspondant, intitulées : *Traitement par les eaux de Marienbad de la fièvre paludéenne; Recherches sur l'influence des eaux de Marienbad sur la nutrition, la digestion et la circulation.*

*Correspondance manuscrite.* — Lettre de M. Trousseau, demandant à remettre sa communication à la prochaine séance.

M. le président Perrin, retenu par un deuil de famille, n'assiste pas à la séance.

— M. le docteur Arnaudet (de Cormeilles) envoie une observation manuscrite intitulée : *Anévrysme diffus de la tibiale antérieure dans une fracture de la jambe; apparition*

*tardive; mort.* (Renvoyée à une commission composée de MM. Bouloumié, Reliquet, Richelot, rapporteur.)

— M. Bouloumié fait hommage de son *Manuel du brancardier de frontière*, Paris 1889. (Extrait des *Mémoires de la Société de médecine pratique.*)

— M. Abadie : Messieurs, notre président, M. le docteur Perrin, vient d'être nommé officier d'instruction publique ; je serai certainement votre interprète à tous en demandant d'inscrire au procès-verbal les félicitations de la Société pour une distinction dont nul n'était plus digne. (Assentiment unanime.)

— M. Abadie cède le fauteuil de la présidence à M. Polaillon, et donne lecture d'un mémoire sur les *propriétés thérapeutiques de la colchicine*. (Sera publié.)

M. Bouloumié : Je partage absolument les opinions émises par notre distingué collègue M. Abadie au sujet de la distinction à faire entre le rhumatisme et la goutte, et la non-existence d'une hybridité morbide de l'un et de l'autre chez un même sujet. Les deux maladies coexistent parfois, mais c'est tout. Il y a pourtant entre ces deux manifestations d'une sorte de diathèse acide des liens de parenté que l'hérédité rend parfois évidents.

Dans la goutte, c'est indubitablement l'acide urique qui est le coupable ou du moins l'un des coupables principaux, dans le rhumatisme ce paraît être l'acide lactique, mais la chose n'est pas certaine.

Quoi qu'il en soit, l'analyse des urines montre que l'acidité est à peu près égale chez le goutteux et chez le rhumatisant; aussi les résultats du procédé de Pfeiffer pour distinguer le rhumatisant du goutteux me paraissent peu certains, et cela d'autant mieux que tout procédé basé sur les sensations douloureuses plus ou moins vives accusées par les malades ne saurait rien avoir d'absolu.

Je comprends très bien que M. Abadie ne se soit pas montré satisfait du dosage de l'acide urique dans les urines comme moyen de diagnostic différentiel, et même que les résultats de ses analyses lui aient souvent montré la proportion de cet acide seulement égale et quelquefois même un peu inférieure à la normale dans les urines des goutteux; cela tient à ce qu'il est très difficile, presque impossible, d'obtenir des malades qu'ils conservent les urines des vingt-quatre heures, et que les goutteux étant souvent plus ou moins polyuriques, la quantité totale d'acide urique qu'ils éliminent en vingt-quatre heures est souvent supérieure à la normale sans que la proportion donnée par l'examen d'un échantillon en témoigne.

C'est pour ce motif que les résultats des recherches faites par M. Lecorché à la Maison municipale de santé, et publiées dans son *Traité de la goutte*, ont un intérêt tout particulier et que je m'en rapporte à ses assertions, qu'on peut résumer ainsi :

Il y a d'une manière habituelle excès d'élimination d'acide urique chez les goutteux; avant l'accès, et pendant la première période de celui-ci, il y a diminution, puis exagération momentanée, puis diminution pour un temps variable et ensuite retour au chiffre habituel de l'élimination supérieur à la normale. Je crois que si M. Abadie avait pu opérer dans les mêmes conditions que M. Lecorché, il serait arrivé aux mêmes résultats; mais je reconnais avec lui qu'au point de vue du diagnostic, ces recherches sont trop longues et trop difficiles pour avoir une réelle valeur dans la pratique journalière.

Les cristaux d'acide urique observés par M. Abadie dans les urines des goutteux tiennent aussi souvent à l'excès d'acidité par excès de phosphates acides qu'à l'excès absolu d'acide urique; leur constatation n'a donc pas une valeur absolue.

Quant à l'action de l'acide urique sur les tissus, elle a été très bien étudiée, notamment par Lancereaux, Lecorché, et surtout par Ebstein dans ses rapports avec les déterminations goutteuses; ce dernier a particulièrement insisté sur les nécrobioses partielles qui se produisent dans les articulations et les altérations de même nature qui se produisent dans les calices ou le bassinet chez les goutteux et graveleux uriques, et préparent les dépôts uratiques qui se forment dans les articulations ou dans les reins sous

des influences diverses, surtout celles qui font passer l'urate neutre à l'état d'urate acide. Des altérations du même genre peuvent se manifester dans l'œil.

Au point de vue thérapeutique, je dirai : 1° Dans les formes mixtes de goutte et rhumatisme réunis sur un même sujet, il y a lieu de recommander d'une manière toute particulière l'association du traitement par les eaux de Plombières au traitement par les eaux de Vittel; j'ai vu de ces doubles cures faites successivement de trop bons résultats en pareille circonstance pour hésiter à le proclamer; 2° le colchique réussit, en général, aussi bien dans la goutte que le salicylate de soude dans le rhumatisme, et les succès obtenus par M. Abadie à l'aide de la colchicine plaident en faveur de la nature goutteuse de l'affection oculaire dont il vient de nous entretenir d'une manière si intéressante.

M. Abadie : Je répondrai à M. Bouloumié qu'au lieu de chercher à fusionner les diathèses rhumatismale et goutteuse, à établir des formes intermédiaires qui tiendraient à la fois de l'une et de l'autre, il est préférable au contraire de les séparer nettement et de montrer qu'étant de nature différente elles sont justiciables de traitements différents.

Je ne conteste pas que goutte et rhumatisme ne puissent coexister chez le même sujet, l'une aggravant l'autre et rendant le traitement plus incertain et d'une application plus difficile. Mais cette coexistence ne donne pas naissance à une maladie nouvelle qui serait un mélange de l'une et de l'autre.

M. le professeur Charcot montrait récemment qu'on pouvait sur le même sujet rencontrer l'hystérie et l'ataxie évoluant pour ainsi dire côte à côte au point d'en imposer pour une maladie nerveuse complexe et en apparence encore inconnue. Un praticien expérimenté pouvait néanmoins, avec un peu de discernement, montrer que les deux affections tout en existant sur le même sujet conservaient leur indépendance propre.

Je reviens à la question de la recherche de l'acide urique dans les urines. Je connais les importants travaux de M. Lécorché sur ce sujet, mais l'augmentation de l'acide urique qu'il a signalée paraît être minime, fugace et d'une appréciation délicate, car elle est contestée par des cliniciens de valeur.

En ce qui concerne mes malades, je puis répéter ce que je disais tout à l'heure, c'est que l'analyse des urines faite au point de vue l'acide urique ne m'a pas encore permis de différencier avec certitude la scléro-choroïdite rhumatismale de la scléro-choroïdite goutteuse.

Nous serions donc très heureux à l'heure actuelle de pouvoir disposer d'un moyen simple qui pût nous donner la solution de ce problème.

Le moyen proposé par M. Pfeiffer paraît assez simple, est-il réellement exact? C'est ce que l'avenir nous apprendra. Comment agit la colchicine au point de vue curatif? Est-ce une substance qui annihile les effets de l'acide urique parce qu'elle a des propriétés chimiques qui les neutralisent ? C'est peu probable. Comme les autres alcaloïdes à action si puissante sur l'organisme à doses si faibles, c'est probablement par l'intermédiaire du système nerveux que la colchicine provoque l'élimination de l'acide urique.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

# FORMULAIRE

## Pilules antinévralgiques.

| | |
|---|---|
| Racine de belladone pulv. .......................... | 0 gr. 80 centigr. |
| Extrait d'opium .................................... | 0 gr. 60 — |
| Sulfate de zinc..................................... | 0 gr. 40 — |
| Miel et guimauve pulv. ........................... | q. s. |

F. s. a. 20 pilules. — Une à deux pilules, le soir, au moment du coucher, contre les névralgies faciales et dentaires légères. — Si les douleurs sont violentes, une pilule toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'il se produise un peu d'étourdissement et de sécheresse de la gorge. — Ne pas craindre de déterminer quelques nausées. — N. G.

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Drame dans un asile d'aliénés. Mort de M. le docteur Bertani. — Une dépêche de Palerme du 12 mai annonce qu'une tragédie sanglante vient de se dérouler au refuge de mendicité de Reggio! Le docteur Bertani, médecin de l'établissement, commençait sa tournée ordinaire dans l'infirmerie. Un certain Paolo Bolognesi, âgé de quarante-cinq ans, s'y trouvait depuis quelques jours. Il s'approcha du docteur et lui dit qu'il était fatigué de rester à l'asile, qu'il n'était pas malade, se sentant à même de gagner sa vie et qu'il voulait reprendre sa liberté. Le docteur Bertani lui promit de tenir compte de sa supplique. Bolognesi salua le docteur et se disposait à sortir, lorsque sur la porte il se trouva en face du chef infirmier Pellegrino Gazotti, qui l'invita à descendre avec lui. Alors Bolognesi, subitement, sans proférer une seule parole, sortit de sa poche un couteau bien affilé et qu'il avait aiguisé depuis peu. Avant que l'infirmier n'eût le temps de se garer, il le frappa de deux coups au cœur. Le docteur Bertani, au premier moment, ne se rendit pas compte de ce qui se passait, et, croyant à une simple querelle, il se précipita pour y mettre un terme. A son tour, il tomba foudroyé par deux coups de couteau portés par le meurtrier dans la région épigastrique. L'assassin alors chercha à fuir, et sauta par la fenêtre dans l'espoir de gagner la campagne. Malheureusement pour lui, il calcula mal son élan et se brisa un bras. Les gardiens se saisirent de lui et le remirent entre les mains des autorités. (*Progrès médical.*)

L'Exposition et les médecins allemands de la réserve. — Il existe à Berlin un cercle où se réunissent de préférence des médecins de la réserve de l'armée et qui est présidé actuellement par le conseiller aulique et médecin en chef Wasserfuhr.

Ce cercle, qui n'a aucun caractère officiel, a pris à une très faible majorité, il est vrai, une décision portant que le cercle désire que ses membres s'abstiennent de prendre part aux congrès scientifiques qui se réuniront, cette année, à Paris, à l'occasion de l'Exposition universelle.

*La Berliner klinische Wochenschrift* déclare que cette décision a causé une véritable surprise dans le monde médical de Berlin, qui y voit une tentative d'empiètement de certains meneurs du cercle sur le droit qu'a chaque médecin de la capitale allemande de disposer de sa personne comme il l'entend. Ce journal proteste contre cette tentative de mêler la politique aux questions de pure science, et répond que tout médecin de la réserve de l'armée a le droit d'aller à Paris et d'assister à tous les congrès, non pas, sans doute, comme représentant officiel d'une partie de l'armée allemande, mais comme tout autre particulier. Ce droit, un certain nombre de médecins de Berlin paraissent disposés à en user sans trop se soucier de la pression que le cercle présidé par M. Wasserfuhr essaye d'exercer sur eux. (*Bull. méd.*)

## COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 7 mai 1889, ont été nommés :
Pharmacien de l'hôpital Bichat : M. Guerbet; pharmacien de l'hospice d'Ivry : M. Cousin.

— Le Congrès international pour la propagation des exercices physiques dans l'éducation se tiendra, du 17 au 22 juin, sous la présidence de M. Jules Simon, demeurant place de la Madeleine, 10.

Le Congrès international des œuvres d'assistance en temps de guerre se tiendra, du 17 au 20 juillet, sous la présidence de M. de Vogüé, demeurant rue Faber, 2.

Le Congrès international d'assistance publique se tiendra, du 28 juillet au 4 août, sous la présidence de M. le docteur Th. Roussel, demeurant rue des Mathurins, 64.

Le Congrès international pour l'étude des questions relatives à l'alcoolisme se tiendra,

du 29 au 31 juillet, sous la présidence de M. le docteur Bergeron, demeurant boulevard Haussmann, 157.

Concours du bureau central (médecine). — Le concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer par la nomination de MM. Dreyfous, André Petit et Variot.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur M. Jausion (de Saint-Paul-Cap-de-Joux).

L'Association pour l'enseignement de l'anthropologie. — Le Sénat, dans sa séance du 17 mai, a adopté, après la Chambre et à la suite d'un rapport de M. Cornil, un projet de loi reconnaissant d'utilité publique l'*Association pour l'enseignement des sciences anthropologiques*.

Une des conséquences juridiques de cette loi, c'est que l'École d'anthropologie, qui donne son enseignement à l'École pratique, dans les bâtiments de la Faculté, devra prendre un autre local qui lui appartiendra en propre et n'aura plus de contact journalier avec la Faculté de médecine.

« Il est impossible, dit le rapport de M. Cornil, de concevoir deux écoles indépendantes l'une de l'autre dans les mêmes bâtiments. Le rapport de M. Parrot, qui a permis l'installation de l'Association dans les bâtiments de la Faculté, stipule en effet que cette dernière n'a concédé la jouissance du local où l'École d'anthropologie fait ses cours qu'à la condition qu'elle ne deviendrait pas une école d'enseignement supérieur libre, car elle pourrait dès lors s'écarter des règles de discipline générale de la Faculté et ne pas se soumettre à l'autorité supérieure du doyen et du ministre. Ceux-ci n'auraient aucune autorité vis-à-vis d'elle.

« Cependant, comme en ce moment l'École d'anthropologie ne pourrait faire les frais d'une installation nouvelle, il a été convenu que les cours continueront à être professés comme par le passé à l'École pratique jusqu'en novembre 1890 ; de son côté, pendant cette période transitoire, le Conseil de l'Association s'engage à reconnaître et à respecter l'autorité de M. Doyen, ainsi que les droits de la Faculté sur la destination de ses bâtiments.

« Nous avons la conviction que, d'ici là, l'Association pourra trouver, soit par des donations particulières, soit par le concours de la ville de Paris, un local où elle puisse s'installer et une augmentation de ses revenus. » *(Bull. médical.)*

Société médico-pratique. — Séance du 27 mai 1889. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Routier et Mérigot de Treigny, sur les candidatures de MM. Rigabert et Vaucher. — 2. M. Gellé : Communication sur la bourse de Luschka, avec présentation de pièce et de dessin. — 3. M. Huchard : Contribution à l'étude des toniques du cœur. — 4. M. Schwartz : Des ostéites typhoïdiques. — 5. M. Desnos : Observation de fistule vésico-intestinale. — 6. M. Groussin : Nouvelle source de greffes animales.

**On demande** un médecin à Ivry-la-Bataille (Eure). — S'adresser au maire de la localité.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

### La créosote dans la phthisie.

I

L'emploi de la créosote dans la tuberculose pulmonaire tend à se répandre de plus en plus et un grand nombre de médecins de tous pays expérimentent ce mode de traitement de la phthisie.

En France c'est surtout M. le professeur Bouchard qui a étudié la créosote et il a résumé ses recherches dans son beau livre sur la *Thérapeutique des maladies infectieuses* (1). Expérimentée, d'abord par Reichembach et Martin-Solon elle était abandonnée lorsque, en 1874, Bouchard et Gimbert la remirent à l'étude. En Allemagne, dès 1878, Sommerbrodt, Frantzel et d'autres dont l'*Union* (2) a déjà résumé les travaux suivirent cet exemple.

L'injection sous-cutanée de créosote démontra à Bouchard qu'il se produisait un séquestre, une gangrène aseptique, mais pas de suppuration

(1) *Thérapeutique des maladies infectieuses, antisepsie.* Paris, Savy, 1889, p. 340.

(2) 1887. 1er semestre, p. 68. — 1888. 1er semestre, p. 566.

## FEUILLETON

### SALON DE 1889.

I

Il y a peut-être un peu moins de toiles à tapage ayant rapport à la médecine au Salon de cette année qu'à ceux des années précédentes. Ne nous en plaignons pas trop, et, pour s'être contentés d'un simple portrait, des maîtres éminents n'en seront pas moins l'honneur de la science française.

La plus grande toile médicale nous est fournie par M. LHERMITTE qui nous montre Cl. Bernard dans son laboratoire, entouré de ses fidèles disciples. L'illustre physiologiste se prépare à faire une expérience à l'aide de l'excitation électrique sur un malheureux lapin qu'un aide maintient solidement. A droite, M. Dastre, assis devant une table sur laquelle se trouve un microscope, se prépare à noter les résultats de l'expérience; à gauche et sur le devant du tableau, nous voyons MM. Malassez, Paul Bert, Dumontpallier, Gréhant, d'Arsonval, disciples devenus des maîtres à leur tour et illustrant la nouvelle Sorbonne à laquelle le tableau est destiné. Il doit en effet décorer la grande salle des commissions de la Faculté des sciences. C'est du reste une belle peinture qui fait honneur à son auteur; peut-être Cl. Bernard aurait-il pu être mis davantage en

avec Guttmann il montra que des doses convenables empêchent la pullulation de certains microbes ou nuisent à leur développement sur la gélatine.

D'après Pillatte, une solution de créosote dans l'alcool à 1 p. 100, empêche un fragment de substance tuberculeuse de rester inoculable, et l'alcool n'est pour rien dans cette stérilisation. Dans la gélatine nutritive, dans des bouillons peptonés et glycérinés, 0,80 p. 1,000 de créosote empêchent le développement du bacille de Koch (Bouchard); 0,062 p. 1,000 suffisent pour retarder beaucoup la culture dans le sérum gélatiné de Koch et ce chiffre représente par conséquent une dose que l'on peut utiliser thérapeutiquement.

Le pouvoir toxique a été déterminé avec le plus grand soin par M. Bouchard; par injection intra-veineuse, 0,17 par kilogramme tuent. Quand on veut employer la créosote pendant longtemps, 0,025 par kilogramme en solution huileuse à 25 p. 100 (1 partie de créosote pour 3 parties d'huile) sont à conseiller. Cette dose représente 15 grammes par jour pour un homme de 60 kilogrammes et cependant Bouchard ne donne pas plus de 3 grammes par jour. Le ralentissement de la respiration s'observe, avec les doses thérapeutiques, chez l'homme et chez les animaux; la nutrition, la calorification, la circulation ne sont pas influencées. « Retenez les chiffres suivants, dit le maître, la dose 0,06 dans 1 kilogramme de bouillon rend la végétation du bacille insignifiante et, pour tuer 1 kilogramme d'animal par injection intra-veineuse, il faut 0,017. Théoriquement donc on doit agir avec la créosote sur le microbe, puisqu'en donnant le tiers seulement de la dose toxique pour l'animal, on exerce un effet nuisible sur le microbe. »

M. Bouchard donne par jour de 0,80 à 1 gramme de créosote et recommande de grandes précautions afin de ne pas irriter le tube digestif qui devient facilement intolérant. Il employait d'abord une solution alcoolique telle qu'une cuillerée à bouche dans un verre d'eau faisait en définitive une solution au 1/1,000ᵉ. Mais même à cette dose elle est souvent irritante pour l'estomac; de plus, le goût de la solution est fort désagréable et il

---

évidence, l'attention étant un peu distraite de sa grande figure par les portraits des hommes connus qui l'entourent... Mais, en somme, ce n'est là qu'une mince critique et il serait à souhaiter que tous les panneaux destinés à la Sorbonne offrissent un aussi grand intérêt.

M. Chartran a peint pour le grand escalier d'honneur de cette même Sorbonne une scène de grande chirurgie : Ambroise Paré pratiquant la ligature des artères sur un amputé (siège de Metz, 1553). Au milieu du tableau et un peu au second plan, l'opérateur serre le fil avec lequel il vient d'arrêter l'hémorrhagie; à droite, des soldats apportent des bottes de paille sur lesquelles ils s'étendent; à gauche, on trouve l'aide du chirurgien et un évêque qui appelle la bénédiction du ciel sur le malade et son médecin. La scène est belle et il nous semble que l'artiste n'en a pas tiré tout le parti possible. D'abord, il a peint en gris, mais pour cela n'insistons pas, car il est évident, quand on se rappelle les tableaux exposés l'année dernière, que l'on a imposé cette teinte aux décorateurs de la Sorbonne; en second lieu, M. Chartran, comme M. Lhermitte, ne met pas assez en valeur le sujet principal; que nous font les soldats, le clergé et les assistants? Ce que nous devons voir avant tout, ce qui doit nous frapper, c'est l'opérateur, c'est l'opéré et, à notre avis, quand on a accepté la tâche de représenter une opération chirurgicale, il faut la montrer et ne pas avoir l'air de la dissimuler le mieux possible; tant pis pour les âmes sensibles.

C'est encore à la Sorbonne que nous verrons Albert-le-Grand, enseignant au couvent

fallait avaler beaucoup de liquide, ce qui surchargeait l'estomac, si à ménager, des phthisiques.

Actuellement, pour les petites doses, M. Bouchard emploie les formules suivantes :

| | |
|---|---|
| *A.* Créosote.................................... | 10 grammes |
| Poudre de savon amygdalien séché à l'étuve... | 25 — |

Pour faire 100 pilules. Huit à dix par jour, une toutes les deux heures. Pour les doses plus élevées, on se servira de la formule *B.*

| | |
|---|---|
| *B.* Crésote.............................. | 50 grammes |
| Huile de foie de morue................... | q. s. pour 1 litre |

Verser très lentement et en agitant l'huile dans la créosote.

Chaque cuillerée à bouche renferme 0,75 de créosote, on en donne une ou deux cuillerées matin et soir. L'huile de morue peut être remplacée par l'huile de faines.

Les injections sous-cutanées préconisées par M. Gimbert sont facilement douloureuses; il les fait avec la solution huileuse à 1/15e et injecte à l'aide d'un appareil spécial 11 à 30 c. de la solution sous la peau du thorax.

M. Tapret pulvérise de la créosote et fait ainsi une atmosphère dans laquelle ses malades vivent jour et nuit; la solution se fait dans l'eau alcoolisée au titre de 20 p. 1,000. Il y a, les premiers jours, augmentation de la toux et de l'expectoration, puis tout se calme, les signes locaux s'atténuent, la fièvre tombe et le malade engraisse.

M. Gimbert emploie une autre méthode en faisant évaporer, pendant la nuit, dans la chambre du malade 30 grammes de créosote environ. Il n'y a pas d'augmentation des crachats et les résultats sont les mêmes.

M. Bouchard, qui rapporte toutes ces tentatives, a obtenu les mêmes effets par l'administration de la créosote à l'intérieur. « Au bout de huit à quinze jours, dit-il, l'expectoration diminue, la toux devient moins fréquente et moins pénible, l'appétit renaît, la fièvre est moins forte, les

---

de Saint-Jacques, de M. Henri Lerolle; le maître qui, au moment où il vint à Paris, avait déjà 52 ans, enseigne dans un préau que remplissent d'avides auditeurs. Ici, pas trop d'accessoires, l'œil n'est pas détourné du sujet principal par des détails trop importants, et l'ensemble y gagne certainement en simplicité et en force.

Terminons avec les toiles destinées à la Sorbonne en signalant l'envoi de M. Flameng qui doit se trouver dans l'escalier. Rollin, principal du collège de Beauvais, à Paris, n'a pas l'air, si l'on en croit l'artiste, d'avoir été un personnage gai. Vêtu de noir, ainsi que les élèves qui l'entourent, il converse avec eux sur un ton qui doit certainement manquer d'animation; il est vrai que le crépuscule commence, ainsi que le prouve un petit croissant de lune qui se montre timidement et que la couleur d'uniforme ne prête pas à la joie. Nous nous serions plutôt représenté le vieux professeur comme n'étant pas ennemi d'une douce gaieté. Mais, hélas! il ne faudra pas rire à la Sorbonne.

Tout cela nous a un peu éloigné de notre médecine; le tableau de Mlle Annie Hopf nous y ramènera un peu vite. Pourquoi, Mademoiselle, quand on s'appelle si gentiment Annie, nous montrer un cadavre suffisamment verdâtre, le cou soutenu par un billot d'amphithéâtre et dont un élève placé à gauche se prépare à travailler l'articulation scapulo-humérale? D'abord, ce n'est pas une autopsie, votre tableau, c'est une dissection; ensuite quand, en somme, on ne peint pas trop mal, on pourrait choisir des sujets moins macabres. Sinon, quoi qu'il en ait, le jury place à des hauteurs vertigineuses; il faut bien respecter un peu les terreurs du public. Il est vraiment regrettable, Mademoi-

forces reviennent, les sueurs nocturnes se suppriment, L'amaigrissement cesse et bientôt le poids augmente. Enfin, les signes locaux s'amendent, les râles bullaires deviennent moins abondants, la matité, le souffle d'induration s'atténuent et disparaissent. »

Chez 20 p. 100 des tuberculeux du premier et du deuxième degré, M. Bouchard a constaté la disparition des phénomènes généraux et locaux ; chez plusieurs, malheureusement, il y a eu des rechutes ou d'autres manifestations tuberculeuses. Dans 35 p. 100 des cas, il y a eu des améliorations.

M. Tapret a eu des résultats encourageants sur 75 p. 100 de ses malades, et M. Gimbert, à Cannes, il est vrai, un succès encore plus grand.

Mignon (thèse de Paris, 1888), accorde la plus grande importance à la créosote en tant qu'antifébrile dans la phthisie. S'appuyant sur des observations de Lesguillon et sur les siennes, il croit que la créosote dans la phthisie chronique fébrile agit localement à titre antiseptique et n'est en rien antibacillaire ; elle modère les fermentations et les phénomènes de résorption, causes très fréquentes de la fièvre des tuberculeux. Comme mode d'administration, il recommande surtout l'atmosphère créosotée que M. Legroux associe aussi au traitement par la voie stomacale. Dans la tuberculose aiguë la créosote n'agit pas parce qu'il s'agit alors d'une fièvre d'inflammation due au bacille.

Stachiewicz (1) a employé les injections parenchymateuses de créosote. Il a remarqué qu'après chaque injection la toux augmente ainsi que l'expectoration et n'a relevé aucune influence sur la température. Il arrive aux conclusions suivantes : 1° si un seul poumon est atteint et s'il y a des cavernes, l'injection de créosote peut produire une destruction rapide des tissus ; 2° si le malade est enclin aux hémorrhagies, l'injection est contre-indiquée, car chaque hémorrhagie met la vie en danger, et, par suite, il ne faut pas risquer d'en provoquer artificiellement ; 3° dans l'infiltration tuberculeuse avec fièvre continue et présence de nombreux bacilles, il faut

(1) Przg. Lekarski, 1888, 21, et *Journal des sciences médicales de Lille*, 1889, 1.

selle, que vous n'ayez pas mis à la place de l'étudiant un de nos futurs confrères en jupon pour qui les parfums de l'amphithéâtre n'ont plus de secrets. C'eût été complet.

Pour rester dans les sujets gais, nous avons à parler du portrait du professeur Cornil. Le maître, debout, se tient devant la table d'autopsie, sur laquelle est placé un cadavre que nous voyons en raccourci ; des bocaux plats placés entre les jambes dudit cadavre vont recevoir les viscères extraits par la dextre du professeur, qui a déjà saisi le couteau. Le garçon d'amphithéâtre, assis devant la porte, contemple d'un œil blasé un spectacle familier, tandis que de nombreux élèves, qui malheureusement manquent dans le tableau, se préparent sans doute à profiter de l'enseignement. La ressemblance est parfaite, mais enfin le maître nous pardonnera cette question indiscrète, songera-t-il à placer ce tableau dans son salon? C'est un peu là le défaut de ces portraits à attributs, surtout lorsque, comme dans le tableau de M. J.-J. Rousseau, l'attribut est de nature passablement spéciale. La vraie place de cette toile serait à l'Hôtel-Dieu.

D'autres maîtres ont encore leur « portraicture » au Salon. Tel le professeur Bouchard peint par M. Bonnat avec le talent habituel du grand portraitiste ; M. le docteur Piogey, envoyé par M. Aubert, qui peint d'une fort jolie couleur. Relevons ensuite les portraits de M. le docteur L... (de Salies-de-Béarn), par M. Bellynck ; de M. le docteur Ruck, par M. Bourgeois ; de M. le docteur F..., médecin-major, par M. Bony ; de M. E. F..., par M. Fontaine ; de M. Ch. Laffitte se livrant aux douceurs de l'analyse, par M. Lemaître ;

craindre le développement d'une tuberculose miliaire. Les injections sont utiles quand elles détruisent des tissus et peuvent limiter le processus morbide. Il conseille pour les faire l'emploi d'une aiguille longue de 5 à 7 centimètres et d'un diamètre de 1 millimètre à 1 millimètre et demi, de peur qu'un soudain accès de toux ne la brise. Après l'opération, le malade doit être laissé au repos et on applique une vessie de glace au point de l'injection.

Si la destruction causée par le parasite est située à la limite de la zone d'infiltration tuberculeuse, il peut y avoir guérison, tandis que, si la zone est très peu étendue, la destruction peut favoriser l'envahissement.

Van der Veoet (1) a recommandé des préparations destinées à remplacer l'huile créosotée et à vaincre l'intolérance et la répugnance que présentent parfois les malades.

Il propose l'huile d'amandes douces additionnée de créosote par parties égales, à la dose de 5 à 10 gouttes dans 30 grammes de lait, en répétant cette dose trois à quatre fois chaque jour.

Il formule aussi une mixture contenant 6 grammes de créosote pour 8 grammes de teinture de noix vomique, à raison de 8 à 10 gouttes dans 2 cuillerées d'eau sucrée avant les repas; on doit répéter cette dose trois à cinq fois chaque jour.

Cette préparation stimulerait les fonctions digestives, ferait disparaître leurs perturbations, et, en même temps, par son action germicide, elle agirait favorablement et rapidement sur les lésions pulmonaires.

Struecker (2) a étudié concurremment les indications et les contre-indications de la créosote et de l'iodure de potassium dans la phthisie. Tandis que l'iodure conviendrait surtout dans les formes fibreuses, dans les exsudats pleurétiques, la créosote serait surtout indiquée dans les cas de pneumonie caséeuse; associée aux balsamiques, elle convient dans les expec-

(1) *Bull. de la Soc. de méd. de Gand*, juillet 1888; — *Gazette hebdom.*, 1889, 9.
(2) *Therap. Monatsch.*, 1888, p. 385.

---

du docteur P..., par Mlle Phillippar; de M. le docteur G. Félizet, par M. Quinsac..., et j'en passe. La grande famille médicale est donc, encore cette année, largement représentée.

A la médecine se rattachent un certain nombre de sujets qui rentrent dans la catégorie des tableaux de genre.

M. Geoffroy vient nous apitoyer en nous montrant le *Jour de la visite à l'hôpital.* Nous sommes dans une salle d'un hôpital d'enfants et voyons toute une rangée de lits avec leurs petits malades. Sur le devant de la toile, à droite, un pauvre ouvrier, dont nous n'apercevons guère que le dos et le derrière de la tête, regarde son enfant dont la face pâle et bouffie semble à peu près sans expression; au second plan, une mère embrasse son bébé; mais ce second plan est déjà très dans le vague, et le fond du tableau où s'agitent quelques jeunes têtes gagnerait certainement beaucoup à être un peu plus fait. Le tout est suffisamment triste pour remplir son but.

(*A suivre.*) Dr Noreck.

torations muqueuses ou mucoso-purulentes. Comme contre-indication à l'emploi du médicament, il faut noter les ulcérations tuberculeuses de l'intestin, la dégénérescence amyloïde, la phthisie trop avancée.

A Genève, la créosote a souvent été employée d'une façon pour ainsi dire intensive. Gilbert, dans une étude sur les diverses médications de la phthisie pulmonaire, donne les formules suivantes employées par M. Bourget :

| | |
|---|---|
| Créosote | 2 grammes. |
| Rhum | 50 — |
| Sirop de Tolu | 30 — |
| Eau | 70 — |

Chaque jour une cuillerée à soupe dans un verre d'eau.

Ou bien, en été :

| | |
|---|---|
| Créosote | 2 à 3 grammes. |
| Arséniate de soude | 0 gr. 4 centigr. |
| Vin de quinquina au malaga | 500 grammes. |

Deux petits verres par jour au moment des repas.

En outre on frictionne, tous les soirs, le malade sur le thorax, en avant et en arrière, et surtout sous les bras, avec la pommade suivante :

| | |
|---|---|
| Créosote | 10 grammes. |
| Lanoline | ãã 50 — |
| Axonge | ãã 50 — |
| Huile d'olive | ãã 50 — |

Le malade monte ses couvertures jusqu'au cou; de cette façon, il se trouve dans son lit baigné de vapeurs de créosote qui pénètrent par la perspiration cutanée et en même temps par la respiration. De plus, M. V. Gilbert conseille l'emploi d'un inhalateur permanent composé de deux petits tuyaux de caoutchouc ou de celluloïde que l'on place dans les narines et à l'autre extrémité desquels se trouve un peu de papier buvard sur lequel on verse deux gouttes de créosote.

Sommerbrodt (1) a résumé récemment les résultats qu'il a obtenus chez près de 5,000 phthisies par l'emploi de la créosote. L'amélioration se voit chez la plupart des malades; elle manque quand la maladie est avancée et qu'il y a généralisation. Les résultats sont au contraire véritablement surprenants dans les cas récents à lésions limitées : les signes physiques, la matité surtout disparaissent, principalement si les malades sont jeunes. La tuberculose laryngée a été guérie dans plusieurs cas. Comme mode d'administration, Sommerbrodt conseille des capsules de gélatine renfermant 5 centigr. de créosote et 20 centig. de sirop de Tolu. Une capsule le premier jour, deux le second, puis trois capsules après le repas pendant huit jours; la seconde semaine, on arrive à quatre capsules, la troisième semaine à cinq, à six la quatrième ; peu à peu les malades arrivent à neuf capsules par jour et même quinze. De temps à autre, et pendant les règles, on diminue la dose ou même on interrompt quelque temps, au maximum quatre semaines, afin de ne pas trop fatiguer l'estomac. Le traitement doit

(1) *Berl. klin. Woch.*, 1888.

être continué au moins un an. Il faut remarquer que l'auteur ne dépasse pas 0,75 par jour.

Rosenthal (1) a conseillé d'administrer la créosote dans une eau gazeuse artificielle additionnée de cognac; cette eau est d'une digestion très facile et nettement antiseptique.

Driver (2) poursuit ses essais sur la créosote depuis 1879. Il la regarde comme bien tolérée (il ne dépasse pas 75 centigr. par jour) si on commence par des doses faibles et que l'on administre le médicament après les repas; quand il y a des fermentations anormales dans les voies digestives, elle excite l'appétit et favorise la digestion. Elle serait inefficace contre la fièvre, affirmation en contradiction avec les faits notés par la plupart des auteurs. Enfin, toujours d'après Driver, si on l'emploie contre la phthisie pulmonaire, elle n'agit guère que dans la phthisie dérivant de la scrofule, avec expectoration abondante, peu de fièvre ni de sueurs.

Fræntzel (3) ne donne pas la créosote aux phthisiques fébricitants; quand il y a beaucoup de bacilles dans les crachats, ces derniers ne diminuent pas de nombre. Un certain nombre d'accidents l'ont forcé parfois à interrompre la médication : nausées, vomissements et perte de l'appétit, quintes de toux, crampes d'estomac, diarrhée, répugnance invincible. Il regarde les inhalations comme inefficaces. Il faut avoir un médicament bien pur.

Tandis que Rosenheim (4) n'a pas obtenu de bons effets, Lublinski a confirmé d'une manière générale les observations de Fræntzel; il ne regarde pas les hémoptysies comme une contre-indication et n'a pas noté de modifications dans le chiffre des bacilles. Les complications laryngées ne se modifient pas, sauf quand il y a application locale de la créosote sur les ulcérations.

Cornet (5), dans des recherches expérimentales poursuivies sur les animaux, n'a pas noté non plus d'action microbicide de la créosote.

## II

Sahli (6), après avoir reconnu que la créosote de goudron de hêtre ne renferme pas de phénol et que son élément principal est le gaïacol $C^7H^8O$, éther méthylique de la pyrocatéchine, propose d'employer ce corps en thérapeutique. C'est un liquide huileux, très réfringent, incolore, à odeur aromatique spéciale. Il est soluble dans 200 parties d'eau et se mélange à l'alcool, à l'éther et au sulfure de carbone. Il faut le conserver à l'abri de la lumière, sans cela il se dépose de la matière résineuse.

Sahli emploie la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Gaïacol très pur | XV à XXX gouttes. |
| Eau distillée | 180 grammes. |
| Alcool rectifié | 22 gr. 05 centigr. |

à prendre dans un peu d'eau une cuillerée à café, jusqu'à une cuillerée à bouche, deux

(1) *Berlin. klin. Wochens.*, 1888, 32, 33.
(2) *Idem.*, 1888, 35.
(3) *Idem.*, 1887, 17.
(4) Discussion à la Société de méd. int. de Berlin; *idem.*, 1887, 23.
(5) *Vratch*, 1889, 6.
(6) *Corres.-Blatt für schw. Aertze*, 1887, 20.

ou trois fois par jour après les repas. On peut aussi donner le gaïacol dans de l'huile de foie de morue. Les inconvénients qui peuvent résulter de l'emploi du médicament sont à peu près les mêmes que pour la créosote : vomissements qui se produisent surtout chez les phthisiques très cachectiques ou souffrant d'une fièvre intense, diarrhée, etc.

Les effets thérapeutiques sont l'augmentation de l'appétit et du poids, la diminution de l'expectoration d'abord facilitée, la diminution de la toux.

Fræntzel a employé le gaïacol dans plus de 12 cas, et recommande la formule suivante :

| | |
|---|---|
| Gaïacol | 13 grammes. |
| Teinture de gentiane | 30 — |
| Alcool rectifié | 188 — |
| Vin de Xérès | q. s. |

Une cuillerée à bouche, dans de l'eau, deux à trois fois par jour.

Schuller a combiné les inhalations de gaïacol avec l'emploi de la créosote de hêtre à l'intérieur.

Enfin, Horner (de Zwickau) l'administre en pilules de 0,045. Il commence par 3 pilules par jour et va jusqu'à 10. En combinant ce traitement avec des prescriptions hygiéniques convenables, il a vu guérir des cas pas trop avancés et des cas anciens s'améliorer. Il a noté la diminution des bacilles. Jamais il n'a relevé d'effets nuisibles.

De toutes ces recherches, on peut conclure que la créosote peut être utile dans un grand nombre de cas de phthisie, de préférence dans les cas récents, la phthisie aiguë n'en retirant aucun avantage. Le médicament a une action antibacillaire probable et, de plus, agit certainement contre les processus de résorption putride. Il faut avoir soin de le donner à doses suffisantes, 0,80 à 1 gramme, de continuer l'administration longtemps, et enfin de choisir les préparations les moins irritantes possibles. Quand il soigne un tuberculeux, le médecin doit toujours se souvenir qu'un de ses premiers devoirs est de veiller, autant qu'il le peut, à l'intégrité des voies digestives de son malade. P. Rodais.

## CORRESPONDANCE

22 mai 1889

*A Monsieur le Rédacteur en chef de l'*Union médicale.

Le Dr Simplissime, dans sa causerie de l'*Union médicale* du 18 mai, parle « d'un chirurgien d'une grande ville qui, en fait d'antisepsie hospitalière, est arrivé à réaliser son rêve ; il ajoute qu'il y a, dans la nouvelle installation, une grande faute de construction, le vestiaire se trouve dans l'amphithéâtre, de sorte qu'on y apporte tous les microbes, etc. ». C'est là une erreur que je tiens à rectifier, le vestiaire est naturellement en dehors de la salle d'opérations et quant aux porte-sarraux qui y sont placés, ils sont, comme leur nom l'indique, destinés à supporter des sarraux qui sont toujours propres et exclusivement affectés à la pratique des opérations.

Vous voudrez bien, mon cher ami, ne pas trouver étonnant que j'aie reconnu dans la causerie du Dr Simplissisme la nouvelle salle d'opérations à l'Hôtel-Dieu de Lyon, quoique le nom de la ville ne soit pas prononcé.

Recevez l'assurance de mes sentiments très distingués.

Antonin Poncet,
Chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 mai. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Traitement des fibromes utérins. — De l'aïnhum. — Un cas de gastrotomie. — Fibrome de la paroi abdominale.

M. Guéniot : Le traitement des fibromes utérins sessiles et celui de ceux qui tendent à se pédiculiser, à faire une légère saillie comme des polypes, sont tout différents. Pour les fibromes interstitiels, les pratiques actuelles de la chirurgie permettent de faire, avec de grandes chances de succès, l'ablation par la voie vaginale; la section bilatérale du col, que l'on se contentait de dilater autrefois, facilite beaucoup l'opération.

Pour l'enlèvement des polypes, M. Guéniot recommande l'emploi du constricteur, instrument spécial qui tient à la fois du serre-nœud et de l'écraseur et se compose essentiellement d'un câble formé de cinq fils tordus. L'écraseur est très difficile à placer. L'orateur appuie sur ce fait que les gros polypes sont souvent très vasculaires.

M. Guéniot rapporte l'observation d'une femme anémiée par un volumineux fibrome, gros comme une tête de fœtus, que son instrument lui permit d'enlever facilement.

M. Segond fait remarquer que les fibromes attaquables par la voie vaginale sont de nature très différente. Il ne veut s'occuper que des fibromes interstitiels qui ont envahi la cavité utérine ou de ceux qui, renfermés encore dans les parois, sont cependant accessibles. Il a opéré quatre cas de ce genre et conclut de ses observations que l'on peut employer contre ces tumeurs le morcellement ou l'énucléation après section du col. Cependant l'opération peut être très grave, soit que l'ablation reste incomplète, soit que l'utérus se perfore primitivement ou consécutivement. Jusqu'à quel point donc peut-on tenter l'extirpation par la voie vaginale? Quand, au contraire, doit-on faire l'ouverture de l'abdomen? M. Secheyron, dans sa thèse, a rapporté des cas d'enlèvement par le vagin qui semblent extraordinaires.

M. Pozzi croit que les grosses tumeurs ne doivent pas être attaquées par le vagin. L'opération devient facilement plus grave que si l'on avait ouvert l'abdomen.

Quant aux polypes, ils ne sont pas souvent aussi vasculaires que le pense M. Guéniot. Il emploie, pour en faire l'ablation, un procédé qui consiste principalement à étreindre le pédicule par un anneau élastique. Contre l'hémorrhagie, si elle se produisait, on pourrait employer l'application de tampons iodoformés, la forcipressure.

M. Desprès a souvent enlevé des polypes utérins et de fort gros volume; il n'opère pas les fibromes interstitiels. Du reste l'opération de M. Terrillon avait été pratiquée il y a déjà lontemps par Huguier, Amussat et Maisonneuve; un de ses inconvénients est la dilatation brusque du col, et elle expose à la perforation de l'utérus. Quand le polype est petit, tout iustrument peut servir pour l'enlever quand on a soin de placer la malade de côté. C'est M. Péan qui a surtout préconisé le morcellement.

M. Guéniot maintient que, dans l'ablation des corps fibreux, l'hémorrhagie est beaucoup plus à redouter qu'on ne le croit, et il faut toujours la craindre, car les malades sont très souvent anémiées. M. Bouilly. dans un de ses cas, a eu une terminaison fatale à cause de l'hémorrhagie. L'instrument qu'il préconise, le constricteur, permet d'éviter le mieux possible cet accident.

— M. Reclus fait un rapport sur une observation d'aïnhum communiquée par M. José Fereira-Guimaraès (de Rio-Janeiro). Le rapporteur n'admet pas l'identité de l'aïnhum et des amputations congénitales. L'aïnhum se caractérise par des sillons qui apparaissent à la partie inféro-interne du pli digito-plantaire du cinquième orteil et se creuse de plus en plus de manière à former un sillon qui enserre le doigt; le pédicule s'amincit tellement que, si on laisse les choses évoluer, il finit par se rompre; l'os se résorbe peu à peu. La lésion s'observe quelquefois des deux côtés et peut même atteindre

les autres doigts. Elle ne se voit que chez les nègres, est héréditaire et n'apparaît qu'après la puberté.

Dans les travaux récents, on tend à assimiler l'aïnhum aux amputations congénitales. L'anatomie pathologique ne permet guère cependant cette assimilation. Tandis que, dans l'aïnhum, il y a épaississement de la couche cornée de l'épiderme, atrophie de la couche de Malpighi, amincissemennt du derme et formation d'un trousseau fibreux, l'épiderme est normal dans les amputations congénitales, le derme est hypertrophié et les trousseaux fibreux en demi-cercle transversaux.

Les causes des deux maladies sont inconnues.

L'aïnhum ne frappe que les adultes, tandis que les amputations spontanées n'apparaissent jamais après la naissance; l'aïnhum atteint beaucoup plus les hommes; l'amputation se rencontre également dans les deux sexes. Elles tendent à rester stationnaire et l'aïnhum a une marche progressive.

M. Trélat a toujours soutenu la non-identité. L'aïnhum serait plutôt à rapprocher de la maladie de Morvan.

M. Lannelongue, qui avait admis l'identité, n'y croit plus aujourd'hui.

— M. Terrier présente un malade sur lequel il a pratiqué une gastrotomie à suture perdue pour l'extraction d'une fourchette. Il a fait une incision médiane parce que l'estomac se découvre et s'explore facilement et qu'ensuite il sentait le corps étranger au niveau de la ligne blanche. L'incision longue de 8 centimètres, à égale distance de l'ombilic et de l'appendice xyphoïde, permit d'arriver directement sur l'estomac et de sentir la fourchette. Après son extraction, M. Terrier appliqua des sutures sur la tunique muqueuse, sur la musculeuse et la séreuse, et une suture à trois étages pour la plaie du ventre. Le malade guérit rapidement sans complications.

L'incision médiane est très utile et peut être faite simplement dans un but d'exploration; elle permet d'opérer pour ainsi dire en dehors de la cavité abdominale. Cette incision ne convient pas quand il faut faire une bouche stomacale.

M. Ollier, qui avait examiné le malade qu'opéra ensuite M. Labbé, avait, après examen, conclu que l'incision latérale était préférable. Cependant il n'a pas d'objection sérieuse à opposer au procédé de M. Terrier.

M. Polaillon pense que, quand on ne sent pas le corps étranger ou qu'il est probable qu'il est placé transversalement, l'incision latérale est préférable.

M. Terrier croit l'incision médiane applicable dans tous les cas.

— M. Kirmisson présente un fibrome calcifié de la paroi abdominale développé en deux ans. On a dû, pendant l'extirpation, inciser le péritoine auquel la tumeur adhérait. Elle pesait plus de 1 kilogramme.

M. Nicaise émet quelques doutes sur la nature de la tumeur.

— M. Delorme présente un malade traité et guéri d'une synovite de la grande gaine des fléchisseurs par l'incision antiseptique.

## Faculté de médecine de Paris.

### Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de mai 1889.

Jeudi 2. — Mlle Pierre : De l'impaludisme; diathèse. (Président, M. Peter.) — M. Lejeune : Des expectorations fétides. (Président, M. Cornil.) — M. Mondon : Etude sur quelques faits relatifs à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. (Président, M. Proust.) — M. Gaud : De l'aération et de la sédentarité dans les lycées d'internes de Paris. (Président, M. Proust.) — M. Goilar : Etude sur la bronchite liée à l'herpétisme. (Président, M. Laboulbène.) — M. Larrieu : Guy Patin, sa vie, son œuvre, sa thérapeutique. (Président, M. Laboulbène.)

Du 3 au 7. — Pas de thèses.

Mercredi 8. — M. Bouju : Des éruptions cutanées multiformes provoquées par l'administration de l'hydrate de chloral. (Président, M. Hayem.) — M. Thibault : Etude de l'acné hypertrophique. (Président, M. A. Fournier.) — M. Vaucher : Contribution à l'étude des fistules pyo-stercorales. (Président, M. Trélat.) — M. Henri Dumas : De la trépanation dans l'épilepsie. (Président, M. Farabeuf.)

Jeudi 9. — M. Dupont : De la perte de poids que subissent les cadavres abandonnés dans l'air atmosphérique. (Président, M. Brouardel.) — M. Laffitte : Essai sur le mal de Bright et les néphrites. (Président, M. Cornil.)

Du 10 au 14. — Pas de thèses.

Mercredi 15. — M. Isaakides : Contribution à l'étude de la peptonurie et de la propeptonurie. (Président, M. Damaschino.) — M. Gaudard : Essai sur le diabète sucré dans l'état puerpéral. (Président, M. Straus.) — M. Lambert : Hémianesthésie et hémiplégie dans l'alcoolisme. (Président, M. Hayem.) — M. Mohamed ben Amor : Essai sur l'influence thérapeutique des bains chauds et froids. (Président, M. A. Fournier.)

Jeudi 16. — M. Cornet : Traitement de l'épilepsie. (Président, M. G. Sée.) — M. Lasserre : Du traitement des adénites chroniques et de quelques abcès froids par les injections de naphthol B. (Président, M. Bouchard.)

Vendredi 17. — Pas de thèses.

Samedi 18. — M. Doret : Contre-indication des myotiques dans les ulcères à hypopyon. (Président, M. Panas.) — M. Grancher : Des hémorrhagies pendant la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. (Président, M. Tarnier.)

Le 20 et le 21. — Pas de thèses.

Mercredi 25. — M. Récamier : Rapports du rein et de son exploration chirurgicale. (Président, M. Guyon.) — M. Lartet : Fractures de l'extrémité inférieure de l'humérus chez les enfants. Traitement par l'extension et la supination combinées à la flexion. (Président, M. Guyon.) — M. Cairon : Considérations sur quelques traumatismes de la région latérale du crâne. (Président, M. Damaschino.) — M. Farrina : Des abcès de la rate dans les maladies infectieuses et particulièrement la malaria. (Président, M. Potain.) — Sanquinet : Etude sur la syphilis héréditaire de l'œil. (Président : M. Fournier.)

Jeudi 23. — M. Ephemovitch : Une courte étude dans le domaine de l'alcoolisme. (Président, M. Brouardel.) — M. Robert : De l'acné décalvante. (Président, M. Cornil.)

Du 24 au 31. — Pas de thèses.

## FORMULAIRE

Pansement du chancre du col utérin. — De Sinéty.

Dans le cas de chancre simple du col utérin, on introduit dans la cavité cervicale, des tampons recouverts de poudre de tan ou d'oxyde de zinc. — S'il existe de la tendance au phagédénisme, on obtient de bons résultats des lavages à l'eau oxygénée, suivis de pansements avec la poudre d'iodoforme. Dans le but de diminuer l'odeur désagréable de l'iodoforme, on y ajoute du café pulvérisé, dans la proportion de vingt pour cent. — N. G.

## COURRIER

L'incident de l'hôpital Saint-Antoine : Etudiants et Etudiantes. — Ces jours derniers, à ce que racontent les journaux politiques, M^lle D..., externe des hôpitaux, de nationalité russe, attachée au service de M. le docteur Landrieux à l'hôpital Saint-Antoine, répondit par des impertinences et des propos peu convenables aux justes observations de l'interne du service, M. X..., qui lui faisait remarquer, avec toute la modération voulue, qu'elle faisait d'une façon trop irrégulière son service.

M^lle D..., au lieu de s'incliner devant le règlement, courut chercher un de ses compatriotes, étudiant en médecine, M. O... Celui-ci épousa de suite sa querelle et vint à l'hôpital faire des reproches à l'interne; la scène se termina par une voie de fait contre ce dernier. Un stagiaire prit alors fait et cause pour son interne et eut vite fait d'expédier M. O... hors de l'hôpital. Le lendemain (samedi dernier), l'interne recevait la visite de deux amis de l'étudiant russe venant demander des excuses pour les prétendues injures adressées à Mlle D..., ou une réparation par les armes. Deux amis de l'interne conféraient avec les témoins du russe, quand un de ces étudiants russes s'approcha de M. X..., et lui lança un coup de canne qui, heureusement, fut paré. Les autres internes de l'hôpital poursuivirent alors ce trop ardent défenseur du beau sexe russe et le conduisirent chez le commissaire de police du quartier. M. X... a porté contre le premier agresseur, M. O..., une plainte en coups et blessures volontaires dans l'exercice de ses fonctions. M^lle D... et M. O..., externe des hôpitaux, viennent d'être révoqués par M. Peyron.

Cet incident est très regrettable et il est bien à désirer, dans l'intérêt des étudiantes en médecine, qu'il ne se renouvelle pas. Les étudiantes rendraient alors trop difficile la tâche de leurs défenseurs. (*Progrès médical.*)

Nécrologie. — Une des physionomies les plus curieuses du monde médical littéraire et musical vient de disparaître. Hippolyte Duprat est mort ces jours derniers à l'âge de 65 ans. Né à Toulon, Duprat se distingua, dès son enfance, par une intelligence hors ligne. A huit ans, il avait déjà fait un drame en vers, où (ne parlons pas de la qualité) pas un seul n'était faux. A dix ans, dit le *Petit Var*, il fondait un théâtre d'enfants dont il se nomma directeur, premier ténor et chef d'orchestre. Malgré ses goûts pour la littérature et la musique où il excellait, Duprat, ses études terminées, embrassa la carrière médicale. Il fit dans la marine de nombreuses expéditions et se distingua pendant la guerre de Crimée. Mais c'est surtout au Sénégal qu'il rendit de réels services. A maintes reprises, le général Faidherbe lui a exprimé sa reconnaissance pour les améliorations apportées au bien-être des colonnes expéditionnaires. Des travaux intéressants sur l'hygiène et la pathologie des pays chauds lui valurent à plusieurs reprises les témoignages de satisfaction du ministre de la marine, et c'est d'après ses rapports que beaucoup d'avantages sérieux ont été apportés dans le logement, l'habillement et le séjour des troupes dans les colonies. Malgré ces travaux, Duprat n'avait nullement abandonné la musique et la littérature. Au Sénégal, il faisait chanter des messes de lui par des nègres; il organisait des concerts sur le pic Ténériffe, etc., etc. Aussi donna-t-il sa démission pour se livrer plus complètement aux études littéraires et musicales. Le seul ouvrage important qu'il ait fait représenter est *Pétrarque*, dont il fit une partie du livret et toute la musique, et qui eut un immense succès à Marseille, Toulon et Paris. Duprat laisse d'autres compositions musicales inachevées, parmi lesquelles une cantate à grand orchestre avec chœurs et soli pour l'inauguration du monument que le Comité de la Fédération élève sur la place de la Liberté en commémoration du Centenaire de la Révolution. Duprat était en dernier lieu Inspecteur des eaux minérales de la Seine. A. Rousselet.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## La maladie de Weil.

Existe-t-il, ainsi que le pensent Weil et un certain nombre d'auteurs, une maladie infectieuse spéciale avec tuméfaction de la rate, ictère et néphrite, ou bien les faits rangés sous le titre de *maladie de Weil* ressortent-ils de maladies connues et décrites et sont-ils dissemblables les uns des autres? Le fait est tellement controversé qu'il est nécessaire d'exposer d'abord les principales observations afin d'avoir une base solide pour la discussion.

I

Les premières en date sont naturellement celles de Weil ; deux lui sont personnelles, deux remontent à 1870 et appartiennent à Friedreich. Ces quatre cas peuvent se résumer de la manière suivante (trad. A. Mathieu, R. S. M., 1887, 2, 563) ; il s'agit de cas d'ictère dans lesquels les phénomènes généraux se sont montrés très accentués et ont présenté une marche assez particulière. La maladie s'est montrée chez des adultes pendant la saison chaude. Le début a été assez brusque. Les malades, après deux à trois jours de malaise, de courbature, d'inappétence, étaient obligés de prendre le lit; ils éprouvaient de la céphalalgie, du vertige, de l'insomnie, des douleurs dans les membres et dans les lombes. A leur entrée à l'hôpital, dès le troisième et le quatrième jour, on trouvait une fièvre intense, 39 à 40°, et déjà de l'ictère. La rate était augmentée de volume, les urines légèrement albumineuses avec quelques cylindres épithéliaux. Les urines rouges, rares, sédimenteuses, devenaient abondantes au moment de la guérison.

La langue était chargée, l'inappétence absolue; il y avait de la somnolence, de la céphalalgie, de l'insomnie, des cauchemars. L'ictère s'accentuait pendant quelques jours.

Arrivée à son maximum, la fièvre diminuait, la température s'abaissait progressivement à la normale, par degrés, les phénomènes généraux disparaissaient, puis, après une rémission plus ou moins prolongée, de nouveau survenait une élévation de la température, un accroissement de l'ictère, une reprise des phénomènes généraux. Cette rechute durait peu; moins grave que la première poussée, elle disparaissait au bout de quelques jours, et la convalescence survenait.

Les malades restaient encore pendant assez longtemps faibles, amaigris, mal en train, et la convalescence était toujours longue.

Une observation de Goldschmidt parut peu après le mémoire de Weil. Son malade était un journalier, vigoureux, alcoolique, qui un jour de novembre perdit subitement connaissance; l'état général devint rapidement grave et

il y eut un ictère intense avec selles décolorées; l'urine, albumineuse, renfermait des cylindres chargés de bactéries. La rechute se fit le quatorzième jour, mais ne s'accompagna pas d'albuminurie.

Aufrecht, en 1888, revint sur un travail qui datait de 1881 et dans lequel il relatait des faits rattachables à la maladie de Weil et décrits par lui sous le nom de parenchymatose aiguë. Dans son premier cas, un homme qui était atteint d'une tuberculose du sommet d'un poumon à marche rapide, présenta subitement une aggravation de son état; un ictère assez marqué se développa, la température monta, puis, après quelques jours, apparut de l'albuminurie. Peu à peu le foie diminua de volume, puis, après un séjour de près d'un mois à l'hôpital, les urines se supprimèrent, il survint des convulsions des extrémités, des vomissements, de l'anurie, et le malade succomba. A l'autopsie, outre les lésions tuberculeuses, on trouva de l'œdème de la pie-mère, des hémorrhagies sur le péricarde, sur les reins; ces derniers étaient mous et leur coupe gris jaunâtre. Le foie était petit et la rate hypertrophiée. Ce cas nous semble être très différent de ceux décrits par Weil, et il s'agit là d'accidents urémiques survenus chez un tuberculeux; l'ictère à lui seul ne permet pas l'assimilation.

Dans le second cas, remontant à 1877, un homme atteint d'un catarrhe gastrique aigu qui débuta bruquement, fut pris d'ictère le quatrième jour de la maladie. L'urine, albumineuse, devint de plus en plus rare, puis, après une courte période d'anurie, des convulsions emportèrent le malade. Il y avait dégénérescence du myocarde, augmentation de volume du foie et des reins; les cellules de ces organes n'étaient pas atteintes de dégénérescence graisseuse, mais remplies de granulations foncées de volume égal. En somme, néphrite probablement infectieuse et urémie; tel est le titre à donner à cette observation.

Deux observations de Wagner sont plus importantes; cependant, dans aucune des deux, il n'y eut de rémission. L'albuminurie manqua dans un cas, et les douleurs vives des jambes dominèrent dans l'autre. Il faut noter encore qu'un des malades présenta le troisième jour de sa maladie une éruption d'herpès labial, en même temps que l'ictère apparaissait, et qu'il eut ensuite d'abondantes épistaxis; il avait aussi de la diarrhée, la chute de la température survint brusquement le septième jour.

Vient ensuite un cas de Roth qui se rapporte à une jeune femme de 21 ans, laquelle, après être restée souffrante assez longtemps d'accidents gastriques douloureux et de vomissements, entra à l'hôpital avec du gonflement douloureux du foie, du gonflement de la rate, de l'ictère, de l'urine chargée d'albumine renfermant des globules rouges et des cylindres et une constipation opiniâtre; les selles étaient décolorées. Après quelques jours, l'amélioration se dessina, le traitement consistant surtout dans l'emploi du calomel, de lavements, de jalap, et la guérison survint peu à peu, la malade ayant présenté, après avoir quitté le lit depuis déjà quelques jours, une très légère exacerbation fébrile. Ce serait là un type de cas bénins de la maladie de Weil.

M. Haas (de Prague) a recueilli dix observations de maladie de Weil que, disons-le de suite, il rattache à la fièvre typhoïde abortive. Il s'agit, dans ces observations, d'ouvriers vigoureux, jeunes, qui étaient pris brusquement et dont l'état revêtait rapidement une apparence grave. Les douleurs musculaires étaient très intenses. Du côté du tube digestif, on nota de l'inappétence, de la diarrhée, des nausées. L'ictère était foncé, s'accompagnait de

décoloration des selles et survenait rapidement; la rate était augmentée de volume ainsi que le foie facilement douloureux. Les symptômes nerveux consistaient en maux de tête, abattement, rarement délire. La fièvre, d'emblée très intense, baissait ensuite un peu, et, continue, rémittente, durait de cinq, à dix, douze jours; après quelques jours d'apyrexie, la rechute survint dans quatre cas sur les dix. La température, pendant sa durée, monta toujours moins qu'à la première atteinte, et il n'y eut pas réapparition des phénomènes généraux graves. L'albuminurie ne fut trouvée que dans sept cas et fut toujours modérée; il y eut une fois des épistaxis, une fois de l'hématurie. Tous les malades guérirent.

Friedler, depuis 1870, a recueilli treize cas qu'il regarde comme pouvant rentrer dans le complexus décrit par Weil. Ricklin (*Gaz. méd. de Paris*, 1889, 8) a résumé les particularités présentées par ces cas. Chez six sujets sur douze, la maladie a débuté par un frisson presque toujours violent. Tous les malades ont eu de la fièvre, et, chez la plupart, la température fébrile atteignit ou dépassa 40°; chez deux seulement un nouvel accès fébrile survint dans le cours de la convalescence. La durée du stade fébrile a été de huit à dix jours; la défervescence s'est toujours effectuée d'une façon progressive, embrassant une durée de quatre à huit jours. Chez tous les malades de M. Fiedler l'affection a débuté par des crampes dans les mollets; quelques malades ont eu aussi des douleurs dans les lombes, dans les muscles du dos et de la nuque. Chez tous, les manifestations cérébrales, céphalalgie, vertiges, obnubilation des sens, ont figuré parmi les premiers symptômes. Quant au reste, le début a toujours été brusque, sans prodromes.

Les symptômes gastriques ont été constants; deux ou trois malades ont eu des vomissements, mais les nausées étaient de règle, ainsi que l'anorexie. La plupart des malades ont eu de la diarrhée, d'autres ont présenté de la constipation; l'ictère a été constant, deux fois seulement il a coïncidé avec une teinte argileuse des matières fécales. La tuméfaction du foie et de la rate a manqué dans cinq cas, en outre ces deux glandes étaient douloureuses à la palpation. Dans le reste de son étendue, l'abdomen n'était qu'exceptionnellement le siège d'une sensibilité anormale à la pression.

Les urines étaient, d'une façon générale, peu abondantes; l'albuminurie a manqué quatre fois sur treize.

Enfin la maladie a toujours entraîné à sa suite un amaigrissement rapide; chez trois malades, il y eut de l'herpès labial ou nasal, chez un de l'érythème maculeux, chez un un érythème noueux. L'épistaxis violente n'a été constatée qu'une foie.

M. Ricklin fait remarquer avec raison que si quelques symptômes nouveaux sont mis au premier plan, telles, par exemple, les crampes dans les mollets, d'autres auxquels Weil attachait beaucoup d'importance, tuméfaction de la rate et du foie, albuminurie, ne sont pas constants dans les observations de Friedler. De plus, fait curieux, neuf des malades de ce dernier sont des garçons bouchers qui travaillent dans l'abattoir central de Dresde, et deux des individus frappés attribuaient leur maladie à l'usage de viandes suspectes. Quatre malades ont été atteints à l'entrée de l'hiver.

Sept observations (dont quatre personnelles) concernant des militaires d'Ulm ont été publiées par M. Hüber. La plupart des symptômes relevés sont ceux notés par les autres auteurs. La rechute toujours moins intense que la première attaque ne se présenta que quatre fois. L'ictère, constant,

n'entraîna jamais de ralentissement du pouls et parut être un peu plus tardif que dans les autres observations; la défervescence avait lieu par lysis. La coloration des fèces variait d'un jour à l'autre. L'auteur insiste sur un phénomène particulier, l'inflammation de la muqueuse pharyngienne qui frappe quelquefois aussi les muqueuses bronchique, intestinale et urinaire; ces inflammations se traduisent par des hémorrhagies par diverses voies. C'est au moment des chaleurs que les malades ont été atteints.

Dans un cas de Schaper, le malade eut des épistaxis et une expectoration sanguinolente; après une période d'apyrexie de neuf jours, il présenta une rechute (dix-huitième jour de la maladie). La fièvre remonta à 40° et l'ictère reparut. Cette rechute fut très courte et le malade guérit.

Kirchner rapporte à la maladie de Weil une petite épidémie d'ictère (huit cas) qui sévit à Breslau en 1887, pendant l'été. Il a noté la rechute qui survenait après un à deux jours d'apyrexie, et était moins intense que la première atteinte; l'albuminurie n'existait que dans un cas. Il signale le ralentissement du pouls sous l'influence de l'ictère, la décoloration des selles, l'intensité des douleurs musculaires, la fréquence de l'épistaxis, du catarrhe bronchique, de l'herpès des lèvres.

Brodowski et Dunion ont publié un cas avec autopsie. Il y avait tuméfaction du foie, douleurs de ventre, augmentation de volume de la rate, constipation, tuméfaction ganglionnaire générale, albuminurie légère avec cylindres. Les douleurs devinrent très vives dans la région hépatique, les phénomènes d'œdème pulmonaire s'accentuèrent, et le malade mourut dans le collapsus.

A l'autopsie, on trouva tous les ganglions augmentés de volume et ramollis, de l'œdème pulmonaire avec de petites hémorrhagies dans la muqueuse respiratoire. Le foie, la rate, les reins, très augmentés de volume, présentaient des taches blanchâtres qui, au microscope, se montrèrent constituées par des infiltrations d'éléments jeunes; dans le foie, l'infiltration atteignait surtout la périphérie du lobule. Les cellules épithéliales des tubuli étaient plus ou moins dégénérées. Quelques follicules clos de l'intestin étaient tuméfiés. Au milieu des petites cellules dont nous avons parlé plus haut, quelques-unes, plus volumineuses, renfermaient des microcoques.

Nauweck a rapporté deux cas dont le premier doit être certainement éliminé. Dans ce cas, où la mort survint en trois jours dans le coma, on trouva de la dégénérescence hépatique et des ulcérations avec gangrène de la paroi de l'intestin grêle. Le second fait concerne un boucher qui, pris de fièvre intense et d'agitation, présenta de l'ictère le troisième jour; il y eut de l'augmentation de volume du foie et de la rate, des vomissements et de la diarrhée; la mort survint dans le collapsus. A l'autopsie, on trouva le foie et les reins dégénérés. Ce second cas est plus en rapport avec la maladie de Weil.

M. Frænkel, à la séance du 7 janvier de la Société de médecine interne de Berlin, a communiqué un cas qui est à éliminer. Il s'agit d'un étudiant qui avait reçu un coup de rapière sur le front. La maladie présenta une rechute plus intense, mais il sembla bien, ainsi que l'a fait remarquer Dartels, qu'il s'agit là d'une infection septique.

A. Baginski a observé un cas de maladie de Weil chez un enfant de 1 an et 9 mois qui mourut à la rechute. L'autopsie permit de constater la des-

truction du parenchyme du foie et du rein. C'est le seul cas relevé chez l'enfant.

Enfin Patilla (de Pavie) a relaté deux cas dont nous n'avons pu nous procurer la relation, et Vierordt en a publié récemment un où il n'y eut pas de rechute.

En France, les observations sont rares peut-être parce qu'elles sont publiées sous d'autres titres. C'est ainsi que, sous le nom de ictère pseudo-grave, M. Brouardel a fait connaître une observation de M. Bouchard dans laquelle on a trouvé la rechute, que M. Mathieu a relaté un cas de typhus hépatique bénin qu'il a rapproché lui-même de la maladie de Weil.

M. Rendu a fait récemment une leçon sur un cas intéressant (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1889, 4). Il s'agissait d'un jeune garçon qui entra à l'hôpital après avoir présenté pendant quelques jours les phénomènes de début d'un état infectieux, tels que de la céphalalgie, des frissons et de la prostration. A son entrée, la température était élevée, 39°6; la face vultueuse et la céphalalgie d'une intensité excessive, en même temps qu'il existait un commencement d'ictère très appréciable, et une éruption confluente d'herpès sur le front et les deux oreilles. En raison de l'aspect général, on aurait pu penser d'abord à une fièvre typhoïde, mais cette hypothèse devait être éliminée en raison de l'herpès, très rare au début de cette affection, et de l'ictère qui ne se montre pas à cette période précoce quand on l'observe. L'ictère se prononça davantage les jours suivants, et l'état général s'aggrava malgré la diminution de la fièvre. Puis celle-ci prit une grande intensité, tous les accidents : épistaxis, céphalée, prostration, douleurs des membres, redoublèrent au point de faire croire à une issue fatale. Enfin une amélioration notable se produisit après une transpiration abondante et une augmentation de la diurèse qui jusque-là était tombée au minimum. A partir de ce moment la santé se rétablit très vite. En résumé, les accidents avaient évolué en quatre périodes se succédant très rapidement, puisque tout s'était terminé en moins de quinze jours : une période d'invasion de quatre à cinq jours, une période pendant laquelle parut l'ictère et l'herpès, suivie d'une chute momentanée de la température, mais sans amélioration de l'état général; une reprise de la fièvre avec aggravation de tous les symptômes, et enfin une période de réparation.

## II

D'après les observations que nous venons de résumer, nous allons essayer de présenter un tableau d'ensemble de la maladie de Weil en éliminant de notre description les faits, signalés plus haut chemin faisant, qui nous semblent avoir reçu une interprétation erronée.

La maladie débute brusquement chez des hommes dans la force de l'âge. Ils sont pris de mal de tête, d'une fièvre intense qui atteint rapidement 39 et 40°, de vives douleurs dans les muscles et, en particulier, dans ceux du mollet. L'état de prostration s'accentue vite, bien que chez quelques malades il y ait du délire et de l'agitation. L'appétit est nul, les nausées et les vomissements fréquents, la diarrhée inconstante. Bientôt apparaît l'ictère, qui peut acquérir une grande intensité et s'accompagne ou non de décoloration des selles. L'albuminurie est presque constante et il y a souvent des cylindres urinaires. Le foie et la rate se tuméfient habituellement et il y a fréquemment des douleurs de ventre soit localisées à la région hépatique, soit s'étendant à tout l'abdomen. L'état semble alors très grave,

lorsqu'il se produit une rémission et une chute de la fièvre sans, dans beaucoup de cas, que les symptômes généraux s'amendent. On croit cependant la convalescence arrivée lorsque, après quelques jours, la fièvre, dans un grand nombre de faits, mais pas dans tous, reprend une nouvelle intensité sans cependant atteindre les hauts chiffres des premiers jours; tantôt les autres phénomènes s'exagèrent en même temps, tantôt, au contraire, ils ne se reproduisent pas. Enfin, après quelques jours de rechute, la température tombe définitivement et la convalescence s'établit. Le malade est toujours très affaibli et très amaigri, et la santé très longue à revenir.

Comme phénomènes inconstants, il faut noter l'existence de taches rosées rares; celle d'érythèmes divers; des éruptions d'herpès; des épistaxis et autres hémorrhagies beaucoup plus rares; le ralentissement du pouls par l'ictère, etc. Presque jamais la maladie n'a de prodromes. La mort est peu fréquente et on peut regarder, en général, la maladie comme bénigne.

## III

Quelle est la nature de la maladie dite de Weil? La question a été l'objet de nombreuses discussions et il convient de l'examiner avec soin.

Une des premières hypothèses qui aient été faites est celle qui assimilait la maladie de Weil à la fièvre récurrente, car il est certain, à la simple lecture des observations, qu'il s'agit d'une maladie infectieuse ou toxique (Ricklin). Weil repousse l'assimilation. Jamais on n'a trouvé le parasite caractéristique qui a été recherché par plusieurs auteurs et, de plus, la marche de la température n'est pas celle de la fièvre à rechute. Cependant, Brodowski et Dunin, Ricklin ont fait remarquer que les douleurs musculaires, surtout celles des muscles des mollets, sont un phénomène que l'on trouve noté dans les deux maladies, au moins existent-elles très prédominantes dans certaines séries de maladies de Weil. De plus, les mêmes auteurs ont insisté sur ce point que Griesinger a décrit sous le nom de *fièvre typhoïde bilieuse* la fièvre récurrente compliquée d'ictère. Dans la fièvre récurrente ordinaire, on note à peu près les mêmes symptômes; cependant il peut y avoir plusieurs rechutes, et dans la première, la température peut monter plus haut que dans l'atteinte primitive. Mais ce ne sont là que des nuances, puisque la rechute peut manquer dans la typhoïde bilieuse (Laveran), tandis que l'on relève parmi les phénomènes communs le catarrhe bronchique, l'albuminurie, l'herpès facial, l'érythème, etc. A l'autopsie, on trouve des dégénérescences parenchymateuses du foie, des reins, du cœur, la tuméfaction de la rate. Le tableau devient encore bien plus semblable si l'on se reporte à la typhoïde bilieuse de Griesinger, qui ne diffère guère à vrai dire que parce qu'elle n'a été observée qu'épidémiquement et qu'alors elle est grave : douleurs vives des membres inférieurs, état fébrile continu, vomissements, épuisement, prostration, fièvre augmentant rapidement et considérablement dans la majorité des cas, sensibilité de la partie supérieure du ventre, diarrhée, bronchite, pharyngite, augmentation du volume de la rate, augmentation plus faible du foie avec douleurs à l'hypochondre droit, ictère, puis mort ou rémission qui guérit à son tour ou tue. Telle est très abrégée la description de Griesinger. Il nous semble qu'il y a de tels points de rapprochement avec certains cas de maladie de Weil que l'on peut admettre que, dans ces cas-là au moins, il s'agit de la même maladie. Ce serait notre avis, par exemple, pour le cas de Brodowski et Dunin, où les altérations anato-

miques elles-mêmes se rapprochent beaucoup de celles que décrit Griesinger avec détails.

Enfin, ainsi que le fait encore remarquer Ricklin, deux des cas que rapporte Weil ont été observés au moment où une petite épidémie de fièvre récurrente venait de sévir à Heidelberg.

Quoi qu'il en soit, la majorité des cas de maladie de Weil peuvent encore bien plus facilement être rapportés à une autre maladie bien connue en France, je veux dire l'ictère dit grave qui, comme on le sait, offre des cas de gravité bien différente. Cependant Weil, qui a admis un certain rapprochement entre les cas qu'il a décrits et l'atrophie jaune aiguë, a insisté sur certaines dissemblances que l'on peut regarder comme à peu près sans valeur. C'est ainsi que, d'après lui, l'atrophie jaune aiguë débute toujours avec des prodromes, tandis que nous savons, en France, qu'il est loin d'en être ainsi; que l'hypothermie caractérise l'atrophie, fait réel, mais qui ne se voit que dans les cas les plus intenses. Cela tient à ce qu'il ne semble pas apporter une attention suffisante aux faits intermédiaires entre l'atrophie jaune aiguë et les cas d'ictère peu accentués où les phénomènes graves sont réduits tellement au minimum que l'on porte souvent le diagnostic d'ictère catarrhal en faisant seulement quelques réserves. Les cas de maladie de Weil sont plus ou moins graves; ils se montrent parfois d'une manière épidémique : ce sont là des caractères communs avec l'ictère grave, où l'on trouve les mêmes symptômes, jusqu'à la rechute dans certains cas. M. Rendu sépare cependant l'ictère grave de la maladie de Weil, à laquelle il rattache un certain nombre des cas d'ictère grave curable ou d'ictère pseudo-grave comme celui de Mathieu, auquel nous avons fait allusion plus haut. Il nous semble cependant que les différences cliniques ne sont pas assez grandes pour isoler nosologiquement cette catégorie d'ictères et nous préférons dire avec Mathieu qu'une grande partie de ces faits ne prouvent qu'une chose, c'est « qu'il existe des ictères infectieux, typhoïdes curables, vérité clinique depuis longtemps admise en France ».

Certains des sujets atteints de maladie de Weil étaient des alcooliques, avaient les voies digestives malades; ne peut-on rapprocher leur affection du « type d'ictère assez mal défini que l'on observe chez les alcooliques et qui consiste dans une congestion hépatique avec fièvre et ictère, accident dû habituellement à des excès considérables (Rendu) ».

Il faut encore remarquer qu'il y a parmi les cas relatés un grand nombre de bouchers atteints; Friedler en a relevé neuf et cite, de plus, deux personnes qui attribuèrent leur maladie à l'ingestion de viandes gâtées; le second cas de Nouweck concerne aussi un boucher. Il semble donc que l'ingestion de viandes gâtées contenant des ptomaïnes puisse donner lieu, dans certains cas, à des symptômes que l'on a rapportés à la maladie de Weil et qui sont décrits habituellement sous le nom de botulisme. Cependant, dans ces cas, les accidents revêtent surtout l'apparence d'attaques cholériformes.

Il reste une maladie à laquelle beaucoup d'auteurs ont rattaché la maladie de Weil, c'est la fièvre typhoïde. C'est l'opinion de Fiedler et de Haas en Allemagne, de Longuet (*Semaine médicale,* 1888) en France. « Faites un instant, dit ce dernier, abstraction de l'ictère; ce complexus symptomatique si net et si tranché a, en pathologie, un nom qu'on ne peut méconnaître, c'est le typhus levissimus, la fièvre typhoïde abortive. » Et il s'ap-

puie, ainsi que les auteurs allemands, sur le développement de la maladie principalement dans la saison chaude, sur sa coïncidence (à Prague) avec ces épidémies de typhus abortif, sur l'influence possible de l'absorption d'une eau contaminée (Haas, Schaper), sur les caractères de la fièvre, etc. Cependant il y a un fait certain, c'est que l'ictère est constant dans la maladie de Weil et fort rare dans la fièvre typhoïde. Griesinger, sur 900 fièvres typhoïdes ne l'a rencontré que dix fois; de plus, quand il se développe avec des symptômes analogues à ceux de la maladie de Weil, il apparaît dans la deuxième période et entraîne ordinairement la mort (Griesinger n'a vu que deux cas de cette variété). Murchison ne l'a vu que dans trois cas tous mortels, Louis dans deux, Frerichs dans deux. Et puis, que serait ce typhus presque toujours sans prodromes qui, dans les rares faits où il a entraîné la mort, l'a fait avec une apparence tellement différente de celle de la fièvre typhoïde? Il nous semble inutile de poursuivre plus loin; la maladie de Weil présente l'état typhoïde dans sa symptomatologie, mais ce n'est pas une fièvre typhoïde.

Weil est un peu obscur dans l'explication pathogénique qu'il propose. Des cas qu'il regarde comme équivalents aux siens peuvent, d'après lui, évoluer dans le sens de l'atrophie jaune aiguë quand la cause spécifique agit d'une façon plus intense, mais alors on se trouve en présence d'une forme secondaire d'atrophie qui vient se greffer sur une maladie infectieuse aiguë.

Pfuhl (cité par Ricklin) croit aussi à une infection mixte, un agent pathogène causant l'ictère atteignant un malade déjà frappé par la fièvre typhoïde. Ceci nous semble inadmissible.

Frænkel admet qu'il s'agit d'une infection septique produite par un virus organisé qui n'est pas toujours le même ou d'une espèce d'intoxication. La localisation du parasite (?) dans tel ou tel organe expliquerait la physionomie différente de beaucoup de cas et il est probable qu'il y a une infection secondaire.

Tout ceci nous paraît fort sujet à discussion, et la conclusion qui semble rationnelle en ce moment est que l'on a décrit sous le nom de maladie de Weil un grand nombre d'états pathologiques différents, la majorité des cas rentrant dans l'ictère pseudo-grave et un petit nombre dans la fièvre rémittente bilieuse.

Paul CHÉRON.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 mai 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Une note sur une infraction fréquente à la loi Roussel, par le docteur Séjournet (de Revin);

2° Les rapports sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888 dans différents départements;

3° Les comptes rendus des épidémies qui ont atteint en 1888 plusieurs départements;

4° Les rapports des médecins inspecteurs pour la saison thermale de 1887.

M. Alb. ROBIN est partisan de la théorie de Cl. Bernard, adoptée aussi par M. G. Sée, qui veut que le diabète soit une accélération et non un ralentissement de la nutrition. Il est arrivé à le prouver en recherchant comment s'accomplissent les oxydations chez

les diabétiques et donne les résultats de ses recherches. La désassimilation et les oxydations sont augmentées dans le diabète. Il a calculé le coefficient d'oxydation chez 10 diabétiques : la moyenne la plus faible a été de 84,2 p. 100, la plus forte de 92,6 p. 100. Donc le diabétique chez lequel les combustions se font le plus mal brûle autant d'azote qu'un homme sain, et dans le plus grand nombre des cas les combustions dépassent la normale.

Il résulte des travaux de Neucki et Sieber qu'il en est de même pour les matériaux non azotés.

L'oxydation du soufre est souvent exagérée. Celle du phosphore varie selon les cas. Chez les diabétiques qui supportent bien leur maladie, elle est augmentée; chez d'autres, elle est semblable à ce qui se passe à l'état de santé; enfin, dans les cas graves, elle est diminuée.

Dans la grande majorité des cas, toutes les oxydations sont exagérées chez le diabétique.

D'après Henocque, il y a augmentation de l'oxyhémoglobine et de son activité de réduction; l'urée augmente aussi chez eux.

Pettenkofer et Voit avaient vu l'excrétion de l'acide carbonique diminuer chez le diabétique. Quinquaud a récemment constaté son augmentation.

M. Robin montre ensuite qu'il y a une exagération dans la nutrition du foie et dans celle du système nerveux. L'urée augmente chez le diabétique; il en est de même de l'acide hippurique; or ces deux produits dépendent du foie.

Le coefficient d'oxydation phosphorée par une augmentation prouve la non-activité du système nerveux.

En résumé, il existe, chez le diabétique, *non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.*

Si le diabète est une maladie par exagération de la nutrition, l'indication dominante de son traitement, c'est de ralentir les échanges nutritifs et non de les accélérer; or, l'antipyrine, qui ralentit la nutrition générale et celle du système nerveux, diminue la glycosurie. Ce médicament diminue chez l'homme sain les coefficients d'oxydation des matières azotées, soufrées et phosphorées, et abaisse le taux de la désintégration générale; il en est de même chez le diabétique.

Le sulfate de quinine que vante M. Worms est aussi très utile; il en est de même de l'arsenic, des alcalins, de la codéine et des préparations opiacées, de la belladone.

La thérapeutique du diabète relève tout entière de l'emploi des médicaments d'épargne. Les médicaments à employer doivent retarder les mutations organiques à la faveur de leur influence sur le système nerveux.

Il faut proscrire du traitement du diabétique tous les médicaments qui accélèrent la nutrition : oxygène, fer, permanganate de potasse, strychnine, thalline.

Les exercices musculaires ne sont bons que si on ne dépasse pas une certaine limite.

M. Robin termine par les conclusions suivantes :

1° Les modifications que les lois de l'échange subissent dans les maladies, éclairent la pathogénie de celles-ci et deviennent la source d'indications thérapeutiques certaines.

La connaissance des effets produits sur les échanges normaux par un médicament permet de pressentir, avant tout emploi, ses réelles indications thérapeutiques.

Il y a lieu de reviser, à ce double point de vue, la physiologie des maladies et celle des médicaments. Cette étude faite, la thérapeutique entrera dans une voie nouvelle; elle pourra revendiquer le titre de rationnelle et répudier définitivement les tâtonnements du passé.

2° La chimie biologique démontre qu'il y a, chez les diabétiques, non seulement une exagération de tous les actes de la nutrition générale, mais encore une suractivité spéciale de certains organes, au premier rang desquels figurent le foie et le système nerveux.

Le fait indéniable de la suractivité de la nutrition générale et de la cellule hépatique, commandée par une excitation nerveuse ou réflexe, doit donc être le point de départ de la médication du diabète.

On peut affirmer d'avance que tout médicament qui ralentit par un procédé quelconque la nutrition générale et celle du système nerveux diminuera à coup sûr la glycosurie.

Mais un médicament n'aura chance de réussir dans le diabète que s'il retarde la nutrition générale par l'intermédiaire de son action primitive sur le système nerveux et s'il n'exerce pas, sur les fonctions de ce système, une action suspensive trop énergique.

Les moyens thérapeutiques qui accélèrent la dénutrition doivent être écartés, *a priori*. Il est démontré, soit cliniquement, soit expérimentalement, qu'ils n'ont donné aucun résultat favorable.

On peut tracer de la manière suivante les règles de la médication dans le diabète :

1° Soustraire à l'organisme, par un régime approprié, les matériaux de formation du sucre et priver la cellule hépatique de son excitant fonctionnel.

2° Ralentir la désassimilation générale et la formation du glycogène à l'aide de moyens thérapeutiques, qui diminuent les actes chimiques de la vie organique par l'intermédiaire de leur action primitive sur le système nerveux.

— M. Terrillon présente une série de 50 laparotomies faites pour le traitement de salpingites de diverses natures. Il n'a eu que deux décès, et, dans les deux cas, il y avait des salpingites purulentes rompues dans le péritoine pendant l'opération. Trente-quatre malades ont complètement guéri, dix ont été améliorées, trois sont encore malades.

Les salpingites *catarrhales*, ou inflammations simples avec épaississement des parois de la trompe, qu'elles soient d'origine blennorrhagique ou qu'elles aient succédé à des fausses couches, donnent presque constamment d'excellents résultats. Souvent même, surtout dans les cas anciens, on voit survenir des guérisons rapides et durables à la suite de l'ablation des annexes d'un seul côté.

Les salpingites *hémorrhagiques* laissent souvent après elles des troubles divers, soit à cause de leur volume qui entraîne des désordres opératoires étendus, soit à cause de leur ancienneté.

Quant aux salpingites muco-purulentes, et surtout *purulentes*, ce sont les plus dangereuses. Cependant le drainage par la laparotomie donne de bons résultats, puisque cinq malades ont guéri.

Les salpingites purulentes de petit volume sont graves à cause de leur fréquente rupture au moment même de l'ablation.

M. Terrillon croit cependant que des lavages abondants et un drainage profond du péritoine permettront d'éviter ces accidents.

Pour les *salpingites tuberculeuses*, on peut dire que ce sont elles qui donnent les résultats les moins encourageants, surtout à cause des difficultés opératoires qu'on rencontre toujours lorsqu'on s'efforce de les enlever. Dans l'avenir, malgré la difficulté des cas de cette espèce, on ne devra pas hésiter à intervenir chirurgicalement. Même dans les cas compliqués d'autres tuberculoses localisées, on pourra espérer souvent obtenir de bons résultats.

— M. Trasbot lit un rapport sur un mémoire de M. Peyraud, de Libourne, relatif à la rage.

En voici les conclusions :

1° L'essence de tanaisie injectée dans les veines à certaines doses produit chez le lapin une intoxication dont les symptômes se rapprochent de ceux de la rage ;

2° La solution de choral a 10 p. 100, mélangée avant l'inoculation au virus rabique, paraît diminuer et même détruire ses propriétés virulentes ;

3° L'essence de tanaisie injectée autour du point où une inoculation rabique a été pratiquée semble avoir empêché le développement de la rage sur un certain nombre d'animaux (4 sur 6), tandis que chez les animaux témoins, un seul sur six a survécu.

Quoique ces chiffres soient insuffisants pour affirmer une immunité acquise par les injections d'essence de tanaisie contre les inoculations rabiques, ils n'en constituent pas moins un témoignage favorable dans une certaine mesure aux opinions soutenues par M. Peyraud. Aussi serait-il à désirer que ces expériences fussent reprises sur un plus grand nombre d'animaux.

4° Pour les injections de chloral faites après inoculation sur six animaux, il n'y a eu que deux survivants, tandis que sur les six animaux témoins un seul a survécu.

5° Quant à la valeur préventive des injections d'essence de tanaisie pour s'opposer au développement de la rage inoculée après ces injections, elles ont fourni des résultats encore moins importants. Les animaux inoculés après ces injections dans la chambre antérieure de l'œil avec du virus rabique ont donné ces résultats; sur neuf animaux, deux seulement ont été préservés, quatre sont morts de la rage et trois de mort accidentelle. Toutefois, tous les témoins inoculés de la même façon ont succombé.

Ce sont là des chiffres qui montrent combien il est nécessaire d'étudier à nouveau cette influence de l'essence de tanaisie dans le traitement de la rage chez les animaux. Aussi la commission est-elle unanime à proposer la conclusion suivante :

Remercier M. Peyraud de ses intéressantes recherches et l'encourager à les continuer en s'efforçant de donner plus de précision à la méthode qu'il préconise.

— M. Cohen fait une communication intitulée : « Du croup dit diphtéritique considéré comme une manifestation herpétique du larynx et de son traitement. »

— L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les titres des candidats à deux places d'associés nationaux.

Liste de présentation : Première ligne, M. Lafosse (Toulouse), médecine vétérinaire; deuxième ligne, M. Sirus-Pirondi (Marseille), chirurgie; troisième ligne (*ex æquo*), MM. Raimbert (Châteaudun), Villemin (Vichy), médecine; quatrième ligne (*ex æquo*), MM. Hergott (Nancy), Azam (Bordeaux), chirurgie.

## VARIÉTÉS

### LES MÉDECINS ALLEMANDS AUX CONGRÈS DE PARIS EN 1889.

On vient de faire grand bruit autour d'un incident soulevé en Allemagne par une décision d'une Société médicale, qui avait enjoint à ses membres de s'abstenir soigneusement de paraître à aucun des Congrès scientifiques qui doivent se réunir à Paris en 1889. Un des recueils médicaux les plus justement estimés de la capitale allemande, la *Berliner Klinisch Wochenschrift*, blâme beaucoup cette résolution qui, d'après elle, n'émane que d'un petit groupe de vieux médecins sans autorité, et qui ne sera certainement pas prise en considération par la grande majorité des médecins allemands. Voici la traduction de l'article de la feuille berlinoise.

« Nous avons plus d'une fois déjà, dans ce journal, parlé de la Société des médecins de la réserve de Berlin, placée sous la présidence du conseiller ministériel et médecin général docteur Wasserfuhr. Cette Société, fondée sur un simple besoin de réunion par camaraderie, n'est en aucune façon, d'après toute son organisation, autorisée à prendre la direction de la profession médicale à Berlin ni au point de vue scientifique, ni à tout autre égard. Nous avons été d'autant plus étonné, et avec nous de nombreux médecins de Berlin, comme nous le savons, soit par lettres, soit par communications verbales, de voir dans les journaux politiques une note d'après laquelle cette Société aurait voté, à une faible majorité du reste, une invitation à tous ses membres à ne prendre part à aucun des Congrès scientifiques qui doivent avoir lieu à Paris cette année. Nous n'aurions tenu aucun compte de cet incident, d'autant plus que nous croyons que bien peu, parmi les membres de cette Société, puissent se trouver en situation de se demander s'ils doivent ou non faire droit à cette invitation, si cette innocente manifestation n'avait pas pris, par les commentaires des journaux politiques, une plus grande importance qu'il ne convient en réalité.

« Nous ne nous occupons par de savoir si, au point de vue politique, on peut recommander à certaines catégories de fonctionnaires ou d'autres personnes qui ne se trouvent pas dans une situation indépendante, de ne pas visiter Paris et l'Exposition universelle. Nous éprouvons cependant la nécessité de déclarer qu'une détermination, telle que celle prise par la Société en question, ne répond pas aux idées de la grande majorité des médecins allemands indépendants, que cette détermination ne lie en quoi

que ce soit la profession médicale, qu'enfin elle est du moins très peu opportune au moment où l'on projette de réunir pour l'année 1890 un Congrès international. Nous avons toujours évité d'introduire la politique dans la science et de confondre les sympathies et les antipathies des nations avec la lutte pour les liens idéaux de l'humanité, et la même distinction existe sur le terrain scientifique. Il nous semble que c'est à chacun de décider ce qu'il a à faire ou à ne pas faire dans le cas en question; mais nous croyons que c'est faire fausse route que de mettre en avant le résultat d'un vote qui est motivé par des raisons d'actualité, très éloignées du domaine scientifique. Aucun des membres de la Société de camaraderie en question, qui irait à Paris, ne s'y rendrait comme un représentant de l'armée allemande, dont il n'est même plus membre actif, mais comme homme privé, comme des milliers d'Allemands appartenant également à la réserve, qui iront visiter Paris cette année, et qui, si quelque Congrès intéressant pour eux y a lieu, y prendront part. Que deviendra la science, que deviendra l'échange des idées, la fécondation et la stimulation des efforts scientifiques, si un pareil esprit de chinoiserie tend à prévaloir? Nous ne pouvons qualifier autrement cette résolution de la Société des camarades, qui subordonne si à tort une question de nature et d'importance scientifique générale à la condition militaire de ses membres, laquelle n'a absolument rien à voir ici. »

Cet article est évidemment très sage. Si tout le corps médical allemand s'était conformé à l'invitation votée à une faible majorité par la Société des anciens camarades, il est probable que les représailles se seraient fait sentir au Congrès international qui doit avoir lieu à Berlin en 1890. Je sais bien que beaucoup de savants allemands ont pour la science française une estime médiocre, si on en juge par l'oubli systématique qu'ils font de nos travaux dans leurs historiques, mais le contingent des médecins français n'est pas à dédaigner dans les Congrès internationaux; on l'a bien vu au Congrès de Washington où ils ont brillé par leur absence, ce qui n'a pas jeté un bien grand lustre sur le Congrès. Il en eût sans doute été de même l'année prochaine à Berlin, si le mouvement antifrançais provoqué par les camarades de la réserve n'avait été brusquement arrêté par la réprobation de la majorité des médecins allemands. Quoiqu'on en puisse dire, la présence des médecins français contribue singulièrement à animer une discussion scientifique; qu'on se rappelle les Congrès de Londres et de Copenhague, pour ne citer que les plus récents.

Quoi qu'il en soit de cet incident, nous pouvons assurer à nos confrères allemands qui viendront à nos Congrès qu'ils seront reçus avec la courtoisie habituelle aux médecins français. Je ne veux pas dire que tout le monde les recevra à bras ouverts; mais ils comprendront facilement que si tous les médecins allemands ne sont pas disposés à venir à nos Congrès, par exemple les camarades de la réserve, les médecins français ne soient pas tous non plus disposés à les accueillir comme des frères. Pas plus en France qu'en Allemagne, il n'y a de règle générale sans exception. — L.-H. P.

## COURRIER

Hôpital du Midi. — M. le docteur Charles Mauriac reprendra ses leçons cliniques le samedi 1er juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure. — Elles seront consacrées au *traitement des maladies vénériennes*.

Hôpital Saint-Louis. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques*. — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 31 mai, à neuf heures et demie, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Les deux grandes théories pathogéniques du diabète, celle de l'hypersécrétion du sucre et celle de son défaut de consommation dans l'organisme, se trouvent en présence dans la discussion académique ; qui va l'emporter de Claude Bernard ou de M. Bouchard ?

M. Albert Robin, après M. Germain Sée, est venu soutenir la théorie de l'hypersécrétion, c'est-à-dire de l'exagération de la sécrétion normale du sucre éliminé par la voie urinaire. Le jeune académicien a appelé à son secours toutes les ressources de la chimie biologique, interrogée par lui-même ou par d'autres expérimentateurs : MM. Lépine, Hénocque, Quinquaud, et plus anciennement MM. Charcot et Brouardel, et a démontré, par l'étude des sécrétions, que le diabète coïncidait non pas avec un ralentissement des échanges organiques, mais avec une exagération des échanges généraux et de certaines activités organiques particulières, c'est-à-dire du foie et du système nerveux.

Les déductions thérapeutiques qu'on peut tirer de ces données de la chimie biologique confirment celles-ci : en effet, les médicaments capables

# FEUILLETON

## CAUSERIE

J'avais fait, pendant les vacances passées, un feuilleton sur la dernière maladie de Frédéric-le-Grand, roi de Prusse. Ce feuilleton a été alors égaré et je viens seulement de le retrouver. À six mois près, l'actualité n'a guère vieilli pour une question qui date de plus d'un siècle ; je crois donc qu'il n'y a pas plus d'inconvénient à le livrer aujourd'hui à l'impression qu'au mois d'octobre dernier.

M. Marcade a rapporté cette histoire tout au long dans le *Figaro*, d'après des lettres des personnages français qui se trouvaient alors à la Cour de Prusse, MM. La Fayette, de Bouillé et Mirabeau. Nous en extrayons les passages qui ont trait à sa maladie.

Au mois d'août 1785, Frédéric avait 74 ans ; l'âge ne lui avait rien ôté de son activité ; à cette époque, il alla, comme il y était accoutumé depuis quarante-cinq années, présider aux grandes manœuvres de Silésie, se tint à cheval devant son armée, depuis le matin jusqu'au soir, par une pluie battante, sans manteau, et dîna ensuite, dans une grange ouverte, sans changer d'habits, avec ses généraux et des étrangers de toute nation. Imprudence mortelle. De retour à Potsdam, il fut frappé dans la nuit du 18 septembre d'une attaque d'apoplexie. Depuis lors, il ne fit que souffrir cruellement jusqu'à sa mort. Il montra jusqu'à la fin un courage stoïque — ne s'était-il pas donné Trajan et

d'augmenter les échanges organiques chez les diabétiques augmentent la glycosurie; au contraire, ceux qui ralentissent le fonctionnement des cellules hépatiques aboutissent à un résultat contraire. C'est ainsi que l'antipyrine, le sulfate de quinine, l'arsenic, l'opium, etc., qui modèrent les échanges généraux ou certains échanges organiques des diabétiques, diminuent la glycosurie; tandis que les médicaments qui accélèrent la nutrition, l'oxygène, les ferrugineux, l'essence de térébenthine ozonisée, la strychnine, l'électricité, etc., augmentent la glycosurie; il faut donc prescrire les premiers et proscrire les seconds dans le traitement du diabète.

Les conclusions de M. A. Robin sont à coup sûr basées sur des recherches sérieuses; il est non moins sûr que M. le professeur Bouchard n'a pas énoncé les siennes à la légère; d'où vient que ces conclusions sont entièrement opposées? C'est certainement ce que nous apprendra la suite de la discussion, qui doit en ce moment fortement embarrasser les praticiens, incertains de savoir s'ils doivent se ranger à l'opinion de Cl. Bernard ou de M. Bouchard.

— Les conclusions de la commission chargée d'examiner les expériences de M, le docteur Peyraud (de Libourne) sur les relations qui existent entre les effets de l'essence de tanaisie et ceux du virus rabique sont fort encourageantes en faveur des résultats annoncés par ce distingué confrère. Ceux que la commission a obtenus diffèrent un peu de ceux de M. Peyraud, mais les expériences de contrôle n'infirment nullement les premières; les unes et les autres ne sont peut-être pas assez nombreuses pour qu'on puisse conclure d'une manière ferme; mais c'est là justement une raison pour encourager M. Peyraud, comme le demande la commission, à continuer ses intéressantes recherches.

— M. Terrillon continue la série de ses succès en chirurgie abdominale : 50 laparotomies pratiquées pour traiter des salpingites de nature variée, avec 2 cas de mort seulement; 35 ovariotomies avec les mêmes bons ré-

Marc-Aurèle pour modèles? — travaillant plus que jamais avec ses secrétaires, s'excusant auprès d'eux du surcroît de travail qu'il leur donnait, *parce que ses jours étaient comptés.*

Néanmoins, il vécut encore jusqu'au 17 août de l'année suivante. C'est à cette époque que Mirabeau le vit, et la lettre qu'il envoya alors au comte de Vergennes est pleine de renseignements curieux.

« Freser (son médecin de Potsdam) est toujours à peu près disgracié, pour avoir osé articuler le mot hydropisie, sur la demande qui lui avait été faite en interpellant sa conscience, du nom et du caractère de la maladie. Le Roi est extrêmement frileux, sans cesse enveloppé de pelisses et couvert de lits de plume. Il n'est pas entré dans son lit depuis plus de six semaines. Il dort constamment d'un fauteuil à l'autre, assez longtemps et toujours incliné du côté droit. L'enflure augmente, le scrotum est même très enflé.

« Il le voit et ne veut pas se persuader ou avoir l'air de croire que ce soit autre chose que l'enflure de la convalescence et le résultat d'une grande faiblesse.

« Voilà des informations infiniment exactes et très récentes. Ce qui paraît sûr, c'est qu'on ne veut pas mourir; et des gens bien instruits pensent qu'aussitôt qu'on se croira vraiment hydropique et à l'extrémité, on se soumettra à la ponction et aux remèdes les plus violents et les plus décisifs, plutôt que de se résigner à s'endormir dans le sein de ses pères; on voulait même, il y a quelque temps, des incisions dans les hanches et dans les cuisses; mais le médecin n'a pas osé les risquer. (Frédéric avait des opinions

sultats, montrent que les chirurgiens français ne reculent pas devant ces opérations, et qu'ils savant les mener à bonne fin.

— Un des événements les plus remarqués de la semaine est la nomination de notre ami M. Ricard au Bureau central, après un concours non moins brillant que celui qui lui avait ouvert la semaine dernière les portes de l'agrégation. Nous joignons ici nos sincères félicitations à toutes celles qu'à reçues de ses amis et anciens élèves de Clamart le jeune et déjà distingué professeur. — L.-H. P.

---

### De la section extemporanée de l'éperon dans la cure de l'anus contre nature

Par L.-G. Richelot.

Je désire, Messieurs, vous entretenir d'un procédé opératoire qui n'a pas la prétention de renverser les idées admises dans la cure de l'anus contre nature. C'est moins, d'ailleurs, une innovation qu'un retour en arrière.

Il nous arrive souvent aujourd'hui de remettre en honneur des pratiques surannées, qui redeviennent, par les soins que nous prenons, choses naturelles et permises, et ont sur les méthodes ingénieuses qui les avaient jadis détrônées l'avantage d'être simples.

Voilà pourquoi je vous propose de substituer, dans certains cas d'anus contre nature, la section pure et simple de l'éperon, suivie de quelques points de suture, à l'entérotome de Dupuytren.

L'entérotomie fut certainement une invention des plus heureuses, qui peut encore aujourd'hui nous rendre des services. Mais elle n'est pas d'un emploi toujours facile ni toujours victorieux, et une preuve de ses imperfections se trouve dans les nombreux changements de forme qu'on a fait subir à l'instrument primitif. Il me serait facile de faire ici le procès en règle de l'entérotomie; mais, comme je la crois utile et applicable à certains malades, je me garderai d'exagérer ses défauts, et je rappellerai seulement

---

personnelles même sur la médecine, car il avait la manie d'être un peu médecin.) Au reste, la tête est parfaite, même libre, et l'on travaille même beaucoup.

« Le Roi est extraordinairement mal; quelques-uns ne lui donnent que peu d'heures à vivre; mais il y a probablement de l'exagération. Le 4, il s'est déclaré érysipèle avec des cloches sur la jambe; cela annonce ouverture et bientôt gangrène; il y a maintenant suffocation et puanteur infecte, et la moindre fièvre doit finir le drame. »

Deux jours avant la mort, le 15 août, Mirabeau écrit encore :

« Par l'écoulement naturel de l'eau hors des jambes, que l'on peut calculer à une pinte par jour au moins, l'enflure du scrotum s'est dissipée; le malade croit même que l'enflure en général a diminué. Il est probable qu'une fièvre se manifeste tous les soirs, quoique l'on tâche de se faire illusion à cet égard. L'appétit est si extraordinaire qu'on mange la plupart du temps de dix à douze plats, tous des plus recherchés. Pour déjeuner et souper, on prend des beurrées couvertes de langues fumées et d'une bonne dose de poivre; si l'on se sent oppressé de trop de nourriture, on a recours, et c'est ordinairement le cas, une heure ou deux après le dîner, à une dose d'*anima rhei*. On veut purger six à sept fois dans les vingt-quatre heures, indépendamment des lavements. Vous pouvez faire fond sur tout ceci, et le résultat très constant, c'est que nous sommes à la dernière scène plus ou moins filée. »

Frédéric était gros mangeur, comme on le voit d'après la lettre de Mirabeau, et conserva son appétit jusqu'au dernier jour. Les viandes les plus lourdes, les poissons les plus indigestes, les ragoûts les plus épicés étaient ses mets favoris. On dit que, la veille

en peu de mots les conditions qui peuvent la rendre incommode ou dangereuse.

La conformation de l'anus contre nature empêche quelquefois de bien saisir l'éperon dans l'étendue nécessaire, tout en voyant et sachant bien ce qu'on a saisi. Appliquer l'entérotome à l'aveugle, c'est risquer de blesser, à la base de l'éperon, une anse intestinale et d'amener de gros malheurs.

L'entérotome prend mal certains éperons, et peut glisser chez des malades remuants. Il cause de vives douleurs, et quelquefois des phénomènes nerveux assez graves.

Quand les deux lames de l'éperon n'adhèrent pas entre elles, la pression de l'instrument et l'irritation qu'elle provoque peuvent être insuffisantes pour protéger la cavité abdominale. Des cas mortels ont été signalés, où la section lente de l'éperon n'a fait qu'ouvrir le péritoine. On a dit que l'opération avait été faite trop tôt (dix-sept jours après l'établissement de l'anus artificiel, dans une observation de Velpeau), mais l'argument ne vaut rien, car l'entérotome se propose de souder entre elles deux parois encore séparées; si on attend qu'il y ait de vieilles adhérences, naturellement il n'est plus dangereux, mais alors il est parfaitement inutile. J'incline à croire que l'entérotomie va toute seule et paraît merveilleuse dans ces derniers cas surtout, et qu'elle a causé des malheurs, non publiés, dans maintes occasions dont personne n'a eu connaissance.

L'entérotomie ne semble pas aujourd'hui très goûtée des Allemands; si bien que plusieurs d'entre eux ont recommandé, comme méthode de choix, l'ouverture du ventre, la résection intestinale et l'entérorrhaphie circulaire (1). Julliard (de Genève) s'en est, lui aussi, déclaré partisan. Pour mon compte, je suis prêt, dans certains cas d'anus contre nature, à libérer l'intestin et à l'attirer au dehors pour le réséquer, le fermer par la suture et le réduire; mais je pense qu'il y a souvent lieu d'agir plus simplement et de conserver l'ancienne méthode.

(1) Pollosson : *Traitement de l'anus contre nature et des fistules stercorales*, thèse d'agrégation, 1883.

---

de sa mort, il mangea un homard entier. Tout le long du jour il mangeait des compotes posées exprès sur les tablettes de cheminée et les diverses consoles de ses appartements. Une grande recherche présidait aux repas préparés par douze cuisiniers, sous les ordres de deux maîtres d'hôtel français. Le dîner était à midi. La conversation du roi le rendait interminable. La Fayette parle de trois heures; Bouillé, de trois heures et demie. C'est au marquis de Bouillé que Frédéric dit le mot célèbre :

— Ici, Monsieur, toute liberté, comme au cabaret.

Et jamais table royale n'entendit langage aussi hardi, aussi impie, si vous préférez.

Sur la longueur de ces repas, voici une anecdote amusante :

L'abbé Bastiani, ce spirituel Vénitien qui, pendant vingt années, fut le compagnon du roi et son confident, se levait un jour de table, lorsque Frédéric l'interpellant :

— Hé! l'abbé, où allez-vous?

— Sire, je n'en puis plus.

— Faites comme moi.

— Oh! sire, tout est grand chez vous, même la vessie.

La Fayette, qui le vit au commencement de 1785, signale aussi ces fameux repas qui duraient encore trois heures à cette époque; cependant le roi était bien vieilli, car notre compatriote exprime sa surprise de lui voir « le costume et la figure d'un vieux, décrépit et sale caporal, tout couvert de tabac d'Espagne, la tête presque couchée sur une épaule et les doigts presque disloqués par la goutte ».

On n'est guère étonné d'apprendre que Frédéric, suivant un pareil régime, était gout-

Celle-ci peut être améliorée, si je ne me trompe, par un procédé qui évite les difficultés de l'entérotomie, ses lenteurs, ses incertitudes, sans revenir à la section pure et simple, imprudente et sans précautions, que certains chirurgiens ont osé faire autrefois, avec des fortunes diverses. Rayé de Vilvorde avait tout bonnement enlevé l'éperon avec des ciseaux et guéri son malade en dix-huit jours. Dupuytren lui-même, avant d'imaginer l'entérotome, avait traversé l'éperon avec une mèche dont il augmentait chaque jour le volume, puis il faisait à sa base, du côté du ventre, des « incisions d'une demi-ligne »; un jour, le péritoine fut ouvert et le malade mourut.

Ne peut-on sectionner l'éperon, en s'y prenant de manière à fermer le péritoine? C'est ce que j'ai fait l'année dernière à l'hôpital Tenon, chez un malade dont je vous rapporterai sommairement l'histoire.

Alexandre B..., 44 ans, portait une hernie inguinale droite depuis son enfance. Le 12 avril 1887, la hernie s'étrangle; entrée à l'hôpital le 13, opération le 14 par M. Gérard-Marchant; l'état de l'intestin oblige notre collègue à faire un anus contre nature. Ayant pris le service à la fin de l'année, je trouve ce malade en assez piteux état; autour de l'orifice anormal, la peau est altérée, douloureuse; il attend avec impatience une opération nouvelle qui le délivre de son infirmité.

C'est un homme plus vieux que son âge, misérable, et dont les facultés mentales sont profondément troublées; il est agité, se lève la nuit sans raison et n'écoute ni conseils ni remontrances. Malgré les difficultés que cet état physiologique me fait prévoir, je me décide à tenter la cure de l'anus contre nature. Seulement, je me demande si j'arriverai jamais à lui faire subir un traitement régulier.

En examinant l'orifice anormal, je trouve que le bout inférieur est enfoui sous un gros bourrelet muqueux, qui intercepte absolument le passage des matières. L'éperon, loin de former une arête vive, est largement étalé; ses deux lames sont éloignées l'une de l'autre et n'ont entre elles aucune adhérence; en les rapprochant avec les doigts, on reconstitue la cloison qui sépare les deux bouts, et on s'assure, en les faisant glisser, que rien ne s'interpose

---

teux. Sa taille était droite dans sa jeunesse, mais il se voûta en vieillissant et se laissa aller. Dès son lever, à cinq heures du matin, il était botté, en uniforme et restait ainsi toute la journée. Zimmermann, qui vint le voir un mois avant sa mort, le trouva encore dans ce costume; mais il est probable qu'il dût renoncer à ses bottes à cause de l'œdème qui envahit ses membres inférieurs.

— Docteur, lui dit Frédéric, qui était d'un athéisme parfait, je ne suis qu'une vieille carcasse, bonne à être jetée à la voirie.

Son testament commence ainsi : « Je rends à la nature ce souffle de vie qu'elle m'a prêté et mon corps aux éléments dont il est composé. » Et il demande à être enterré près de ses chiens.

*
* *

*Figaro* abonde dans mes idées en plaidant la cause des exercices physiques comme capables de régénérer notre race très appauvrie, et qui tend de plus en plus à être décimée par la tuberculose et le cancer. Probablement, pour mieux faire entrer ses raisons dans la tête de ses lecteurs, il prend ses exemples dans les familles royales, très haut par conséquent, et cite les faits et gestes des reines passées et futures. Il nous apprend ainsi que la reine Isabelle, tante de la comtesse de Paris, aime fort aussi à faire le coup de feu et s'en acquitte très bien. Ces dernières années encore on pouvait la voir, dans son parc de Fontenay, bouler des lapins le plus prestement du monde.

Mais, pour la reine, la chasse n'est qu'un passe-temps, tandis que pour sa nièce, je

entre les deux surfaces péritonéales. Il est donc nécessaire de souder les deux lames de l'éperon, si on veut le détruire; et il semble qu'on puisse le faire sans danger pour les organes voisins. Mais comment réussir dans ce cas particulier? J'avais peur, je l'avoue, en présence de ces deux lames si mobiles, de voir l'entérotome ouvrir simplement le péritoine; et surtout, comment faire supporter pendant plusieurs jours, à un pareil malade, ce corps étranger, cette pression douloureuse?

C'est alors que l'idée me vint de faire en un seul temps, et avec les précautions voulues, ce que l'entérotome aurait fait en plusieurs jours et peut-être mal fait, c'est-à-dire de réséquer la cloison intestinale et de fermer le péritoine; et je pratiquai, le 3 mars 1888, l'opération suivante :

Je saisis l'éperon avec deux pinces hémostatiques dont les mors un peu longs, en convergeant vers l'abdomen, circonscrivaient un V à base supérieure. Avec des ciseaux, je retranchai la double paroi ainsi délimitée, puis je plaçai une série de fils de soie assez rapprochés sur toute la ligne de section, en rasant les deux pinces. Les bords de la perte de substance faite à l'intestin furent ainsi réunis par adossement des surfaces séreuses, et l'occlusion du péritoine assurée. Les pinces furent enlevées sans avoir eu le temps de compromettre la vitalité de la paroi intestinale, et tout se termina par le pansement le plus simple.

Comme le malade ne souffrit pas et n'eut pas de fièvre, il resta à peu près tranquille, et les suites de l'opération ne me donnèrent aucune inquiétude. Bientôt quelques matières prirent le chemin du bout inférieur; mais j'attendis jusqu'au 23 mars pour compléter la cure. J'avivai alors, autour de l'anus contre nature, une large surface cutanée, en laissant près de l'orifice anormal deux millimètres de peau saine, qui devaient servir à augmenter le calibre de l'intestin après sa fermeture. Comme la peau était loin d'avoir sa souplesse ordinaire et que l'adossement des parties avivées demandait une assez forte traction, je fis trois étages de sutures : une première série de catguts n° 3 prit seulement le bord interne de la surface cruentée, une seconde prit sa partie moyenne ; la première ferma l'intestin, la seconde

---

le répète, c'est une véritable passion. On en aura un témoignage saisissant lorsque j'aurai dit que le jour même où elle mit au monde son dernier enfant à Eu, la comtesse de Paris alla à la chasse.

— Je crois bien, dit-elle, en rentrant au château, que, cette fois, j'ai tiré mon dernier perdreau pour quelque temps.

Et, sur cette parole, la princesse se rendit auprès du duc d'Orléans et de la princesse Amélie — qui devait se marier deux ans après au duc de Bragance — occupés à prendre leur leçon de diction. Au bout de quelque temps, elle s'excusa auprès du professeur de quitter le cours sous prétexte « qu'elle était agacée, nerveuse », — et la leçon n'était pas finie que la maison d'Orléans comptait un rejeton de plus et la comtesse de Paris sa neuvième couche accomplie le plus heureusement du monde.

Voilà ce que c'est que de vivre au grand air des bois et des champs et de se livrer aux exercices du sport. Au point de vue de l'hygiène, la chasse peut avoir sur nos mondaines une influence excellente en les amenant à réagir contre l'étiolement auquel les voue l'atmosphère des salons. Toute femme ne peut pas monter à cheval et poursuivre le cerf, mais il n'en est guère qui ne puisse se donner le luxe d'un coup de fusil, — fût-ce contre les moineaux de son jardin.

Il n'est pas douteux que la pratique bien entendue de l'existence à la campagne n'ait pour la société française le même résultat fortifiant qu'elle a eu pour la société anglaise. Grâce à la chasse, aux *rallye-papers*, au *crocket*, au *lawn-tennis*, et, en un mot, à tous les exercices du sport, la classe supérieure refera son sang appauvri et offrira au monde

rapprocha encore les parties; puis une rangée superficielle de crins de Florence compléta l'affrontement.

Les suites furent absolument bénignes ; je donnai de l'huile de ricin, puis des lavements. Dès le lendemain de l'opération, les matières sortirent par l'anus. Malheureusement, comme je l'ai dit, le malade était agité, indocile, arrachant son pansement et courant malgré nous à travers la salle; un point de la suture manqua et une fistule s'établit. Néanmoins, les garde-robes se faisaient naturellement, et la fistule laissait échapper peu de matières; j'essayai vainement de l'oblitérer avec le thermo-cautère, et de guerre lasse j'envoyai le malade, qui troublait le repos de ses voisins, dans un asile d'aliénés. Il est probable que la fistule ne serait pas survenue chez un homme tranquille, ou bien qu'elle aurait guéri facilement. Mais cette observation n'a pas pour objet de prouver la guérison des fistules stercorales, que tout le monde connaît; elle est destinée à établir, et elle démontre pleinement qu'on peut, dans certains cas d'anus contre nature, commencer le traitement curatif par la section extemporanée de l'éperon, en suivant le procédé fort simple que j'ai décrit.

Je termine en rappelant que je ne veux condamner ni l'entérotome de Dupuytren, ni les opérations plus hardies récemment préconisées. Je ne prétends pas que tous les anus contre nature se prêtent à la section de l'éperon telle que je viens de la recommander; je dis seulement qu'elle convient à certains d'entre eux, et qu'elle rend leur guérison plus sûre et plus expéditive.

Un dernier point mérite d'être indiqué. Je ne vois pas quels inconvénients peut avoir l'application de ce procédé, peu de temps après l'établissement de l'anus anormal ; je ne crois donc pas utile d'attendre, comme on l'a conseillé pour l'application de l'entérotome. Pourquoi ne pas agir de bonne heure, quand on ne voit pas une tendance bien marquée à l'effacement rapide de l'éperon et à la guérison spontanée ? Outre l'avantage de laisser durer moins longtemps une aussi pénible infirmité, on évitera de la sorte la rétraction du bout inférieur et les altérations profondes de la peau qui surviennent

---

d'autres spécimens que ceux qui la distinguent trop souvent. Le service militaire étant obligatoire pour tous, les femmes du *high-life* seront à la hauteur de leur mission de mères de défenseurs de la patrie, et le rachitisme sera proscrit des berceaux capitonnés de satin et garnis de dentelles.

*Figaro* parle au futur, mais déjà on peut parler au passé et au présent. La chasse, le *rallye-papers*, le *crocket*, le *lawn-tennis*, le *foot-ball*, etc., font de jour en jour de nouveaux prosélytes, ils sont déjà acclimatés dans la plupart des stations d'eaux, où ils luttent avec énergie contre les jeux de cartes, en quoi ils font bien; les muscles de nos jeunes gens des deux sexes se développent, et leurs os durcissent; malingres et rachitiques deviennent trapus et droits, se préparant ainsi à nous donner de nouvelles générations robustes.

SIMPLISSIME.

---

TISANE DIURÉTIQUE.

| | | |
|---|---|---|
| Baies de genièvre concassées | 10 | grammes. |
| Acétate de potasse | 1 | — |
| Vin blanc | 50 | — |
| Sirop des cinq racines | 60 | — |
| Eau bouillante | 1000 | — |

F. s. a. une tisane à prendre froide, par tasses, dans les diverses formes d'hydropisie, et toutes les fois qu'on désire activer la fonction urinaire. — N. G.

autour de l'orifice, lui ôtent sa souplesse et rendent plus difficile le succès des opérations anoplastiques.

---

## Sixième Congrès de la Société italienne de chirurgie

Tenu a Bologne du 16 au 19 avril 1889

Ce Congrès eut pour président M. le professeur Loreta; la plus grande partie des communications qui y furent faites étaient relatives à la chirurgie abdominale.

Le traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse tend à rentrer dans la classe des opérations vulgaires. M. A. Ceccherelli, qui l'a pratiqué 4 fois avec succès, a réuni 86 observations, avec 52 guérisons, 25 morts, 6 améliorations et 5 résultats inconnus. Au point de vue de l'intervention opératoire, il fait deux catégories distinctes dans les cas cliniques; il sépare la *forme sèche* de la *forme ascitique*; l'intervention est inutile dans la première, car l'examen de la cavité péritonéale est alors impossible à cause des nombreuses adhérences qui existent et qu'il serait dangereux de déchirer; elle est utile dans la forme ascitique et même nécessaire quand l'épanchement est encapsulé; dans le cas contraire, on peut se borner à la simple ponction suivie de lavage.

L'amélioration se produit en pareil cas parce que l'opération et l'évacuation du liquide ascitique provoquent une péritonite adhésive avec transformation fibreuse des tubercules.

Seulement l'auteur reconnait, avec ses collègues Durante, Bassini et Ferrari, que la guérison n'est que temporaire et que la mort survient au bout d'un temps plus au moins long, dix-huit mois, deux ans, par exemple.

Le professeur Ruggi, qui apporte une statistique de 115 laparotomies, avec traitement par le sublimé, a obtenu 107 guérisons et 8 morts. De ce nombre, 10 oophorectomies avec salpingectomies, 21 oophorectomies simples, 14 castrations pour causes diveres, 4 extirpations de fibro-myomes péri-utérins, 3 hystérotomies, 19 redressements intra-abdominaux de l'utérus, 3 laparotomies pour tuberculose du péritoine, 2 kystes à échinocoques du péritoine et du foie, 5 laparotomies exploratrices, 1 pour ascite et 1 pour corps étrangers, ont été suivies de guérison. Les cas de mort ont eu lieu dans les opérations suivantes: salpingectomies, 1 mort sur 15; amputation sus-vaginale pour fibro-myomes, 5 sur 24; laparohystérotomies pour sarcome : 1 sur 1; extirpation de kyste du parametrium, 1 sur 2; il faut se méfier des injections intra-péritonéales de sublimé et de son absorption par le péritoine; Durante insiste sur ce point, Ruggi lui attribue un cas de mort, et Bassini 2 cas.

D'Antona, qui a fait 32 ovariotomies consécutives en n'employant que la solution de sublimé, n'a eu aucun insuccès; il se proclame partisan fanatique du sublimé.

L'oophoro-salpingectomie a été pratiquée deux fois avec succès par M. Marocco pour remédier à des troubles nerveux graves de longue durée, allant même dans un cas jusqu'aux tentatives de suicide. Dans l'autre cas, l'opérée eut, pendant plusieurs années des hématémèses périodiques, mais sans conséquences fâcheuses. Trombetta et Babacci ont signalé chacun un fait analogue.

L'ovariotomie normale, eu opération de Battey, a été très défendue par MM. Clément et Bassini dans les cas de métrorrhagie et de tumeurs de l'utérus où tous les autres moyens de traitement ont échoué. Cependant Bottini soutient qu'on doit la réserver pour les cas d'hystérie grave; dans les cas où il y a des lésions utérines, puisqu'on ouvre le ventre, pourquoi ne pas enlever aussi l'utérus? Trombetta et Durante sont partisans de l'électrolyse dans les cas opérés par les auteurs précédents; ils la déclarent supérieure à l'oophorectomie, et recommandent de l'essayer avant de se résoudre à opérer.

La laparotomie exploratrice et curative dans les cas de plaie pénétrante de l'abdomen paraît effrayer encore la majorité des chirurgiens italiens, car aucune discussion n'a suivi la communication de M. Postempski, basée sur 20 opérations pratiquées pour des cas de ce genre dans l'année qui vient de s'écouler. Ces cas se divisent ainsi : plaies pénétrantes de l'abdomen avec issue des intestins et lésion probable des viscères, 8 cas; plaies de l'intestin, 6 cas; plaies de l'intestin et du mésentère, 4 cas; il y eut dans ces

18 cas, 3 morts; une plaie du foie et une de la vessie, avec épanchement, guérirent, ainsi qu'un autre cas remarquable dans lequel il existait 14 plaies à l'intestin.

La cure radicale de la hernie diaphragmatique a été tentée avec succès, et de propos délibéré, par Postempski dans un cas de plaie pénétrante du onzième espace intercostal; l'épiploon engagé seul dans la plaie diaphragmatique fut libéré et la plaie fermée par plusieurs points de suture. Incisions pariétales comme dans la thoracoplastie. Guérison malgré un pneumothorax.

L'extirpation du cœcum a été pratiquée par Durante et Trombetta pour des affections qu'ils croyaient cancéreuses et qui n'étaient que des pérityphlites chroniques. Guérison dans le premier cas; mort dans le second. La même opération, portant davantage sur le le côlon et l'intestin grêle, dans un cas d'adénome, a été pratiquée avec succès par Bassini.

Les opérations chez les femmes enceintes, si graves dans certains cas, surtout à l'époque où l'antisepsie laissait à désirer, sont dans d'autres d'une bénignité paradoxale; par exemple, lorsqu'il s'agit d'extirpations de tumeurs abdominales situées au voisinage de l'utérus gravide. Tel est un cas rapporté par Angelini. La malade, enceinte de cinq à six mois, fut opérée d'un kyste de l'ovaire; la grossesse ne fut reconnue que pendant l'opération; guérison et continuation de la grossesse; mais, cinquante-cinq jours après, à la suite de travaux fatigants et d'excès sexuels, accouchement prématuré suivi de guérison.

La splénectomie a été pratiquée avec succès par d'Antona sur un enfant de 3 ans qui mourut cinq mois plus tard de méningite cérébro-spinale. Fussi et Ceci ont pratiqué la même opération avec succès également.

La dilatation du pylore rétréci, après ouverture de l'abdomen et de l'estomac, opération à laquelle on a donné le nom de Loreta, a été pratiquée de nouveau deux fois par ce chirurgien avec succès. MM. Bendani et Putti ont fait à cette opération le reproche de ne donner qu'un résultat passager, le rétrécissement pouvant, comme tous les rétrécissements, se reproduire après la dilatation mécanique. A quoi M. d'Antona a répondu qu'on ne saurait assimiler le pylore à l'urèthre ni à l'œsophage, mais bien aux sphincters de l'anus et de la vessie, qui restent ouverts après la dilatation. De fait, M. Poggi a affirmé que tous les résultats obtenus après l'opération de Loreta étaient restés définitifs.

La trépanation pour remédier à l'épilepsie a donné lieu à une assez vive discussion; défendue par M. Bendani, qui l'a pratiquée avec succès dans un cas où il avait diagnostiqué une lésion cérébrale qui n'existait pas, ce qui n'empêcha pas le malade de guérir de l'épilepsie, elle fut vivement attaquée par M. Clementi, qui trouve qu'on abuse un peu trop de cette opération, surtout dans les cas où on ne fait pas le diagnostic de la lésion pathogénique. M. Bassini vint à la rescousse en soutenant que, surtout dans les cas douteux, à diagnostic incertain, il faut ouvrir le crâne à titre d'opération exploratrice, ce qui vaut encore mieux que de laisser le malade sans secours contre une affection aussi désespérante que l'épilepsie.

M. Salvati a greffé avec succès un fragment d'écorce cérébrale d'un chien sur le même chien, et au même endroit.

M. Lampiasi, dans un cas de fracture du rachis avec saillie de la onzième vertèbre dorsale, mit celle-ci à nu et la remit en place; malheureusement le disque intervertébral s'était détaché et en repoussant la vertèbre on comprima la moelle avec le disque; les accidents s'aggravèrent jusqu'à la mort inclusivement.

M. Ceci fait la suture osseuse métallique sous-cutanée, à fils perdus, dans les fractures de la rotule.

M. Montenovesi a modifié le procédé de Pirogoff en ne désarticulant plus l'astragale, qu'il enlève avec la scie, et l'opération de Gritti en ouvrant directement l'articulation du genou.

La cachexie consécutive à l'extirpation du goître ou cachexie strumiprive a fait l'objet d'une étude importante du professeur Caselli. Sur 78 opérées, dont 14 totalement, il n'observa qu'une fois cette cachexie. Il pense que l'extirpation totale du corps thyroïde est la cause de cette complication consécutive, et que, dans certains cas, lorsque les

sujets sont jeunes, il se reproduit des glandes thyroïdiennes accessoires qui sont le point de départ d'une amélioration dans l'état cachectique des malades. Bassini, qui a extirpé quelques-unes de ces glandes reproduites, partage l'opinion de Caselli sur ce point.

Citons encore une communication de M. d'Antona sur un cas d'extirpation d'un anévrysme artério-veineux de la fémorale; — de M. Lampagnani sur l'orthopédie des déformations consécutives à la coxalgie; enfin l'intéressante discussion sur l'étiologie du tétanos à laquelle nous avons fait allusion dans un de nos précédents *Bulletins*.

## REVUE DES JOURNAUX

**Accidents causés par les moules, attribués à des microbes.** — Les empoisonnements causés par les moules sont fort connus ; et il n'y a pas encore longtemps, en 1885, que toute la population ouvrière de Wilhemshaven fut ainsi empoisonnée en masse par ces mollusques. C'est à propos de cette épidémie que M. Virchow déclara que les symptômes de cet empoisonnement rentraient dans le cadre nosologique de l'entérite ; et M. Schimdtmann, d'autre part, montra que ces phénomènes morbides étaient dus à une maladie des moules, provoquée par leur séjour dans les eaux stagnantes des ports. M. Brieger put même réussir à extraire des moules incriminées une ptomaïne excessivement toxique à laquelle il a donné le nom de mytilotoxine, ptomaïne que l'on ne retrouve pas dans d'autres mollusques, même quand on les laisse se putréfier.

La question qui se posait alors était de savoir si cette maladie des moules n'était pas bactérienne. Déjà M. W. Grawitz et Wolf avaient fait des recherches dans ce sens, mais ils n'avaient réussi à isoler des moules qu'un microbe dépourvu de qualités pathogènes; et M. Linder, de son côté, avait bien constaté, chez les moules malades, la présence d'un nombre considérable de protozoaires, sans apporter toutefois de preuves en faveur de l'hypothèse de la nature parasitaire de la maladie.

M. Lustig a obtenu un résultat plus positif ; il a trouvé dans le foie des mollusques qu'il a recueillis dans l'eau stagnante des ports de Gênes et de Trieste et qui présentaient tous les caractères des espèces vénéneuses — leur ingestion causait la mort en douze à vingt-quatre heures des animaux d'expérience — deux micro-organismes différents, l'un inoffensif, l'autre pathogène. Ce sont deux bacilles assez comparables, et qui se cultivent dans les milieux habituels ; mais le bacille pathogène donne seul aux cultures une odeur nauséabonde.

Ce dernier bacille, inoculé par la voie sous-cutanée ou injecté dans les veines, se montre absolument inoffensif ; par contre introduit par la voie stomacale, chez des lapins ou des cobayes, il provoque, au bout de douze heures à deux jours, la mort de ces animaux. Le principal symptôme est une diarrhée profuse ; à l'autopsie, on retrouve le bacille dans le sang du cœur et dans le contenu intestinal. Ces microorganismes perdent d'ailleurs rapidement leur virulence, et les cultures vieilles de plus de six jours sont presque inoffensives.

Dans les moules saines recueillies dans les eaux pures et non stagnantes, l'auteur n'a jamais rencontré le microorganisme pathogène. Il conclut donc de ses recherches que les moules vénéneuses hébergent régulièrement un microbe dangereux qui produit chez les animaux auxquels on l'inocule tous les symptômes d'une entérite ; mais il est plus réservé sur la question de savoir si c'est ce même bacille qui est la cause de l'empoisonnement observé chez les individus qui ont ingéré les moules malades. C'est là un point qui ne pourra évidemment être décidé que lorsqu'on aura l'occasion de soumettre à un examen bactériologique le sang et les vomissements des personnes atteintes. Mais comme les moules sont généralement mangées cuites, il y a aussi lieu de penser que les accidents ne sont pas produits par le développement des microbes vivants, mais seulement par l'absorption des produits toxiques élaborés dans les moules par les parasites. En un mot, il est bien probable que les troubles causés par les moules malades consistent en véritable empoisonnement par des ptomaïnes d'origine microbiennes,

plutôt qu'en une maladie infectieuse proprement dite. (*Revue Scientifique* du 16 mars, p. 348.)

**Effets comparés de l'antipyrine, de l'antifébrine, de la phénacétine et du phénol iodé dans le traitement de la coqueluche.** — Durant l'épidémie de coqueluche qui a sévi à Iéna dans le cours de l'année dernière, Leubuscher a expérimenté successivement les trois produits désignés ci-dessus.

Pour ce qui concerne l'antipyrine, il s'est conformé, d'une manière générale, aux règles établies par Sonnenberger, c'est-à-dire que, dans l'espace de vingt-quatre heures, il a administré, en trois ou quatre doses, autant de décigrammes que l'enfant comptait d'années, autant de centigrammes qu'il comptait de mois, en ayant soin de continuer le traitement encore pendant quelque temps même lorsque les quintes de toux viennent à cesser complètement.

Les résultats qu'il a obtenus concordent à peu près avec ceux de Sonnenberger, il estime néanmoins que celui-ci a exagéré quelque peu la valeur thérapeutique de l'antipyrine contre la coqueluche. Il résulte de ses observations que l'antipyrine, lorsqu'on l'emploie dès le début de la coqueluche, peut exercer une action favorable sur la durée et l'intensité de la maladie. Dans un grand nombre de cas soumis à cette médication, le nombre des quintes est resté limité à 6 ou 7 par vingt-quatre heures et la durée de la maladie n'a pas dépassé trois à quatre semaines. Par contre, dans aucun cas, la coqueluche n'a été réellement coupée par l'emploi de l'antipyrine. En outre, lorsque la maladie est arrivée à une période un peu avancée, l'antipyrine ne donne pas de résultats plus favorables que n'importe quel autre médicament. Les effets fâcheux observés par l'auteur se réduisent à un seul cas d'exanthème généralisé chez un petit garçon âgé de 7 ans, à la suite de faibles doses d'antipyrine.

Il convient cependant de faire remarquer que Roth (*Memorabilien*, 1889, n° 6) n'administre jamais l'antipyrine aux enfants, à cause des accidents d'intoxication qui sont si fréquents à cette époque de la vie, même à la suite de doses minimes.

L'antifébrine, que Sonnenberger considère comme peu efficace, a donné à Leubuscher des résultats relativement satisfaisants. Aussi donne-t-il la préférence à ce produit, dans les classes peu fortunées, à cause de son prix beaucoup moins élevé. Il insiste toutefois sur les effets fâcheux que peut entraîner un usage un peu prolongé de l'antifébrine et qui consistent en une cyanose plus ou moins intense, en une dépression cardiaque et en phénomènes de collapsus.

Quant à la phénacétine, qui a été préconisée contre la coqueluche par le docteur Katz au Congrès de médecine tenu à Berlin en juillet 1888, l'auteur la considère comme inefficace. A la dose de 50 centigrammes, administrée en 3 ou 4 fois par vingt-quatre heures, cette substance n'a diminué chez aucun malade, ni le nombre ni l'intensité des quintes de toux (*Centr. fur Klin. Med.*, 1889, n° 7).

Rothe est convaincu de la supériorité du phénol iodé sur un grand nombre de médicaments nouveaux, en particulier l'antipyrine, dans le traitement de la coqueluche. Voici sa formule : acide phénique et alcool, 1 gramme de chaque; teinture d'iode, 10 gouttes; teinture de belladone, 2 grammes; eau de menthe poivrée, 50 grammes; sirop d'opium, 10 grammes. Administrer toutes les deux heures aux enfants de 2 à 12 ans, dès les premières quintes de toux, une cuillerée à thé de cette potion; on continue jusqu'au moment où les quintes de toux deviennent plus rares et moins intenses, c'est-à-dire la fin de la première semaine en général. — Dr Ph. L.

## FORMULAIRE

Solution contre l'angine diphthéritique. — E. Gaucher.

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique | 5 | grammes |
| Camphre | 20 | — |
| Alcool à 36° | 10 | — |
| Huile d'amandes douces | 8 | — |

F. s. a. On enlève les fausses membranes avec un pinceau de blaireau; puis, matin et soir, on cautérise les régions malades avec la solution ci-dessus. — Dans l'intervalle, on fait toutes les deux heures, dans la gorge, d'abondantes irrigations avec de l'eau phéniquée au centième. Afin d'atténuer les douleurs de la cautérisation, on la fait précéder de pulvérisations cocaïnées. Du reste, on varie les proportions d'acide phénique et de camphre, suivant la gravité de l'angine, et suivant la susceptibilité du malade. — Ce traitement, appliqué dès le début de l'angine, prévient le plus souvent l'infection générale. — N. G.

## COURRIER

Concours pour le clinicat médical et pour le clinicat des maladies du système nerveux. — Un concours pour les emplois vacants de deux chefs de clinique médicale et d'un chef de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le mercredi 26 juin 1889, à 9 heures du matin.

Conditions du concours :

Les candidats devront se faire inscrire au Secrétariat de la Faculté, avant le 20 juin 1889. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir : Tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans, au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de professeur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au Secrétariat de la Faculté.

— La Société française de tempérance a tenu sa séance solennelle le 26 mai 1889, sous la présidence de M. Henri Monod, directeur de l'Assistance et de l'Hygiène publique au ministère de l'Intérieur, et de M. Charles Muteau, conseiller à la Cour d'appel de Paris, président de la Société. Après avoir entendu quelques paroles chaleureuses de M. Charles Muteau et de M. Henri Monod, le rapport sur la situation morale et financière de l'Œuvre, par M. le docteur A. Motet, le rapport de MM. le docteur L. Cruet et le professeur Duverger et celui de M. Guignard, sur les récompenses, la Société a décerné ses prix. Parmi les lauréats, nous relevons les noms de nos confrères, MM. les docteurs Bourgeois et Nicoulau.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Landouar (de Plancoet).

Ecole de médecine de Dijon. — M. Cottin, docteur en médecine, est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

Hospices civils de Marseille. — Un concours pour la nomination à sept places d'élèves en pharmacie des hôpitaux civils de Marseille sera ouvert, le 8 juillet 1889, à trois heures de l'après-midi, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Les élèves qui voudront concourir devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices à l'Hôtel-Dieu, de neuf heures à midi, et de trois heures à cinq heures du soir, jusqu'au 1er juillet inclusivement.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.**

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

**SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.**

**Sommaire**



## La diphthérie

(NATURE, PROPHYLAXIE, TRAITEMENT.)

Depuis quelque temps, on a beaucoup parlé du traitement de la diphthérie dans les Sociétés médicales. A vrai dire, c'est un sujet qui n'a jamais cessé d'être à l'ordre du jour; plusieurs travaux d'une certaine importance avaient été publiés dans ces dernières années. Mais aucun n'avait eu le retentissement que vient d'avoir le mémoire de MM. Roux et Yersin, — retentissement légitime; car les recherches expérimentales du collaborateur de M. Pasteur et de son élève ont tranché péremptoirement plusieurs litiges pendant entre les cliniciens.

Lorsque j'avais l'honneur de faire le service des pavillons de diphthéritiques, à l'hôpital des Enfants-Malades, en qualité de chef de clinique adjoint de M. le professeur Grancher, je me réjouissais de voir M. Yersin, modèle des externes du service, consacrer à l'étude du microbe de la diphthérie son zèle infatigable et l'habileté technique qu'il tient de son maître, M. le docteur Roux. J'appris avec satisfaction que leurs communes expériences justifiaient l'opinion clinique qui a toujours été la mienne (je l'ai défendue dans la presse médicale depuis 1881) et qui depuis plusieurs années se répandait de plus en plus parmi les médecins, mais qui pourtant rencontrait encore l'opposition de certaines personnalités médicales autorisées.

### I

Les points litigieux du problème pathogénique de la diphthérie étaient les suivants : Existe-t-il un microbe spécifique de la diphthérie? On savait bien que Klebs d'abord, puis Lœffler plus récemment, avaient décrit un bacille trouvé dans les fausses membranes et qu'ils avaient réussi dans certains cas à produire des fausses membranes sur les muqueuses de certains animaux en leur inoculant ce bacille. Mais Lœffler était lui-même ébranlé, ayant trouvé le même bacille dans la bouche d'enfants sains. Cette diphthérie des gallinacées était-elle la même que celle de l'homme? Fallait-il croire à l'origine avine? M. L.-H. Petit avait discuté ici même la question.

En admettant la spécificité du bacille de Lœffler, par quel mécanisme cause-t-il les symptômes et les signes caractéristiques de la maladie? Pour ne parler que des deux phénomènes les plus saillants, comment se forment les fausses membranes, à quoi sont dues les paralysies? Les microbes se répandent-ils d'emblée dans toute l'économie, ne laissant la fausse mem-

brane que comme l'indication du point de leur effraction; dès lors, à quoi bon s'obstiner à enlever cette fausse membrane? Les microbes restent-ils au contraire longtemps ou toujours cantonnés au niveau de la fausse membrane où ils pullulent pour se répandre de là incessamment dans le reste de l'organisme ou bien y lancer un poison chimique fabriqué par eux? Dans ce cas, la destruction rapide, complète et persévérante de cette fausse membrane s'impose comme le principal devoir.

Sur la plupart de ces points, MM. Roux et Yersin nous ont fourni des réponses catégoriques

Oui, le microbe vu par Klebs et Lœffler est bien spécifique. Sur la coupe d'une fausse membrane, on peut le voir dans les couches superficielles. On peut voir aussi, il est vrai, tout à fait à la surface des couches pseudo-membraneuses d'autres microbes, micrococques ou bâtonnets; mais, un peu plus profondément, les bacilles de Klebs se trouvent presque exclusivement; entre les bacilles et la muqueuse qui a perdu son épithélium existent des couches de fibrine, soit à l'état granuleux, soit et à l'état de réticulum qui adhère au tissu muqueux sous-jacent.

Le bacille de Klebs, que MM. Roux et Yersin ont isolé et cultivé, a comme principaux caractères morphologiques d'être à peu près long comme celui de la tuberculose, mais plus épais, immobile. Ses caractères biologiques sont de se développer à une température de 33°, d'acidifier les milieux de culture alcalins et d'être pathogène pour certains animaux auxquels on l'inocule; il provoque chez eux des accidents qui varient suivant l'espèce animale, et suivant le mode d'inoculation, mais qui présentent avec ceux de la diphthérie humaine une similitude indéniable.

Quand on inocule le bacille de Klebs *sur une muqueuse*, par exemple à la surface de la trachée, après avoir fait la trachéotomie, chez des lapins, pigeons et poules, des fausses membranes se développent au point d'inoculation et les animaux succombent. Mais il ne suffit pas pour produire les fausses membranes de badigeonner la muqueuse saine, il est nécessaire de la léser au préalable en enlevant son épithélium.

L'inoculation *sous-cutanée* du bacille de Klebs peut tuer le pigeon, le lapin, le cobaye; mais la dose de culture doit être assez considérable; au point d'inoculation se produit un léger exsudat grisâtre et un œdème gélatineux. L'inoculation *dans le péritoine* tue les cobayes, mais moins rapidement que l'inoculation sous-cutanée.

En revanche, l'inoculation *intra-veineuse* peut amener en soixante heures la mort du lapin, et si l'animal survit un certain nombre de jours, il ne tarde pas à être atteint de paralysies, qu'on peut voir d'ailleurs après les inoculations sur les muqueuses et sous-cutanées, et que produit aussi l'injection du poison chimique fabriqué par le bacille et que MM. Roux et Yersin ont isolé.

Ces messieurs ont signalé dans leur travail la persistance très grande de la virulence des cultures du bacille de Klebs, surtout quand on les conserve à l'abri de la lumière. Au bout de cinq mois, elles peuvent encore tuer le cobaye.

Ils ont en outre mis en évidence ce fait que le bacille reste toujours cantonné dans les fausses membranes. Ils n'ont pu obtenir aucun ensemencement fertile avec le sang, ni avec la pulpe des viscères chez les animaux ayant succombé avec des paralysies caractéristiques.

La logique conduisait dès lors à penser que les accidents morbides géné-

raux causés par les bacilles étaient le résultat non pas de leur migration, de leur dissémination dans l'organisme, mais de la diffusion par absorption d'un *poison chimique* sécrété par eux. Or, ce poison, le poison diphthéritique, MM. Roux et Yersin l'ont isolé en filtrant les cultures du bacille de Klebs sur un filtre de porcelaine, qui retient les bacilles eux-mêmes. (Le procédé du chauffage dont on s'est servi quelquefois en bactériologie pour tuer les microbes dans les cultures n'est pas applicable ici, car la chaleur détruit le poison chimique fabriqué par le microbe de Klebs.) La culture du bacille de Klebs filtrée, c'est-à-dire débarrassée du bacille lui-même, mais contenant la substance ou les substances chimiques que sa vie y a laissées, est un liquide limpide et acide, dont l'introduction dans le péritoine d'un cobaye provoque chez lui le même cortège morbide que l'inoculation du microbe même.

Si l'animal ne succombe pas rapidement, on voit survenir chez lui, au bout de quelques jours, des *paralysies* qui ont des caractères d'analogie frappante avec les paralysies diphthéritiques de l'homme. La paralysie débute d'ordinaire par le train postérieur, puis elle a une marche envahissante, atteint les membres antérieurs, les muscles du cou de façon que la tête ne peut se soulever du sol, et aussi les muscles du larynx; la voix devient rauque. L'existence de ces paralysies à la suite de l'inoculation du microbe de Klebs et de Lœffler, comme après l'injection des cultures de ce microbe filtrées, établit d'une façon certaine le rôle spécifique de ce bacille, et démontre que les accidents généraux qu'il détermine sont la conséquence du poison chimique qu'il fabrique.

Le poison diphthéritique est plus abondant et plus actif dans les cultures anciennes. C'est avec celles-ci qu'on produit une diphthérie toxique, suraiguë, évoluant en quelques heures et s'accompagnant d'une diarrhée intense, symptôme ordinaire dans la diphthérie infectieuse de l'homme. La chaleur et le contact de l'air détruisent le poison diphthéritique, ce sont là des caractères qui le rapprochent des diastases et non des ptomaïnes. Les oiseaux sont l'espèce animale la plus sensible au microbe de la diphthérie.

En résumé, il découle irrésistiblement des découvertes de MM. Roux et Yersin que la diphthérie est une maladie primitivement locale, causée par la végétation du bacille de Klebs et Lœffler sur certaines muqueuses et sur la peau excoriée; les accidents à distance, notamment les paralysies, la diarrhée, et la mort sont la conséquence de l'intoxication générale par un poison chimique extrêmement violent que le bacille élabore au niveau du point où il végète, c'est-à-dire dans les fausses membranes.

Un grand nombre d'applications à la pathologie humaine, à la prophylaxie et à la thérapeutique peuvent être déduites des recherches de MM. Roux et Yersin. Les auteurs laissent percer à la fin de leur mémoire l'espérance qu'il sera peut-être possible d'obtenir chez les animaux l'*immunité* contre la diphthérie en les accoutumant au poison diphthéritique. N'est-il pas naturel d'entrevoir un avenir où l'homme même pourrait bénéficier de cette immunité?

En attendant, on ne peut que souscrire aux conclusions pratiques suivantes de MM. Roux et Yersin : « Toutes les expériences sur les animaux tendent à prouver que le microbe de la diphthérie ne se développe que sur une muqueuse déjà malade; il est probable que le plus souvent il en est ainsi chez l'homme. Aussi voit-on que la diphthérie est surtout fréquente à la suite de la rougeole et de la scarlatine. On ne doit donc jamais négliger

l'origine de ces deux maladies, il faut pratiquer fréquemment les lavages phéniqués de la bouche et du pharynx chez les individus atteints de rougeole et de scarlatine, puisque l'acide phénique paraît être l'antiseptique le plus efficace, même dans le cas de diphthérie confirmée. Cette précaution devrait être suivie systématiquement, surtout dans les hôpitaux d'enfants, où l'on voit si souvent la rougeole et la scarlatine se compliquer de diphthérie. Les angines les plus simples chez les enfants exigent les mêmes attentions. Lœffler a observé le bacille de la diphthérie dans la bouche d'un enfant qui n'avait pas cette maladie. Peut-être ce bacille est-il très répandu? Peut-être est-il l'hôte fréquent et inoffensif de la bouche et du pharynx? Dépourvu de virulence et impuissant devant une muqueuse saine, il se développera si la muqueuse s'enflamme ou se dépouille de son revêtement d'épithélium. Sur ce milieu favorable il reprendra sa virulence et élaborera son poison qui va pénétrer l'organisme; lui-même sera prêt pour de nouvelles contagions. »

Voilà des hypothèses judicieuses en accord avec les faits cliniques et expérimentaux. Cette harmonie entre l'expérience acquise par les cliniciens et l'expéri- mentation des hommes de laboratoire, mon maître, M. Jules Simon, l'a célébrée et mise en pleine lumière dans plusieurs des conférences si appréciées qu'il fait à l'hôpital des Enfants (1). De tous côtés les questions relatives à la prophylaxie et au traitement de la diphthérie ont été remises en discussion.

Mon maître, M. le professeur Grancher, qui avait consacré d'éloquentes cliniques au mode de contagion et à la prophylaxie de la diphthérie dans les hôpitaux d'enfants, a porté le sujet, de concert avec M. Sevestre, devant la Société médicale des hôpitaux (2); celle-ci a nommé une commission dont M. Comby est le rapporteur et dont elle discute en ce moment les conclusions. Voilà pour la prophylaxie.

Au point de vue du traitement, le livre récent de M. Renou, de Saumur (3), les communications de MM. Gaucher et Dubousquet-Laborderie à la Société des hôpitaux, celles de M. Guelpa à la Société de thérapeutique et à la Société de médecine pratique, méritent une analyse critique où j'introduirai quelques réflexions personnelles.

*(A suivre.)* P. Le Gendre.

---

### Cœur et carotide. — Temps du cœur.

**Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 23 mars 1889,**

Par P. Duroziez.

Stokes insiste avec raison sur la difficulté qu'on éprouve parfois à mettre les souffles à leur temps; d'un jour à l'autre, d'une minute à l'autre, on change d'avis. Nous avons plus d'une fois partagé son ennui, son dépit; il ne nous accuserait pas d'être de mauvaise foi; mais Stokes a tort de ne pas chercher le remède et se résigne trop facilement; à l'aide de la palpation de la carotide, il fût souvent sorti d'embarras. Exposant bien la difficulté, impatienté par elle, il ne dit pas un mot de la palpation des artères. Nous

---

(1) *Nouvelles études sur la diphthérie,* G. Masson, 1889.
(2) *Semaine médicale* (1886).
(3) *La diphthérie, son traitement antiseptique,* O. Doin, 1889.

avons toujours vu Bouillaud tenir l'artère en auscultant, plutôt il est vrai la radiale que la carotide; la radiale est moins sûre que la carotide qui ne l'est pas absolument.

Raymond Tripier (de Lyon), après Henderson et Roncati, a rappelé l'attention sur le retard du pouls carotidien dans l'insuffisance aortique et a présenté ce retard comme le meilleur signe de cette lésion. Fr. Franck l'a franchement accusé de prendre la diastole pour la systole. Nous avions raison de dire avec Stokes que la fixation des temps n'est pas toujours facile, puisqu'il peut venir à l'idée de Fr. Franck que R. Tripier ne sait pas distinguer la diastole de la systole. Fr. Franck y a mis une pointe de malice; non seulement le retard n'est pas augmenté dans l'insuffisance aortique, dit-il, mais encore il est beaucoup moindre que dans l'état normal; de 11/100es de seconde, il passe à 6/100es pour la carotide. Fr. Franck est obligé de faire une concession; ce n'est que dans l'insuffisance aortique pure qu'il obtient cette diminution. R. Tripier peut encore trouver un bon nombre de cas d'insuffisance aortique avec retard du pouls carotidien sans être accusé de confondre la systole avec la diastole.

Fr. Franck « croit que l'admission du retard du pouls sur le cœur est due à une illusion du toucher ou s'applique à des cas complexes; Raymond Tripier (de Lyon) a pris pour le signal de la systole ventriculaire le choc diastolique. Les modifications mécaniques subies par le cœur (réplétions diastoliques sous pression, augmentation brusque de volume à chaque diastole) commandent à des modifications de la pulsation du cœur, bien étudiées par Marey en 1869 et qui se ramènent à l'importance exagérée de la courbe diastolique. Indépendamment de l'intérêt diagnostique que présente cette modification quand elle est très accentuée, il faut noter qu'elle peut induire en erreur quand il s'agit de déterminer au toucher le véritable début de la systole ventriculaire; on a l'impression d'un choc diastolique qu'on peut prendre et qui a été pris pour le choc systolique. »

Nous doutons que le retard du pouls carotidien apparent ou réel, soit un signe suffisant de l'insuffisance aortique; nous n'y attachons pas d'importance; mais qu'on soit exposé, comme l'affirme Fr. Franck, à confondre la systole et la diastole, nous n'en prenons pas facilement notre parti.

Y a-t-il des cas nombreux (en clinique les exceptions ne comptent pas) où la diastole ventriculaire prenne les apparences de la systole? où la chasse du sang venant soit de l'oreillette, soit de l'aorte, soit assez énergique pour simuler la systole? Qu'il y ait un changment de forme du ventricule, qu'on voie un tremblement du cœur, comme serait le déferlement d'une vague, oui, mais qu'il y ait ce durcissement rapide du muscle qui caractérise la contraction, non.

Fr. Franck invoque les tracés de Marey dans l'insuffisance aortique, avec ligne rapidement ascendante pendant la diastole; je ne sais pas s'ils sont nombreux; Fr. Franck n'a pas retrouvé cette forme violente dans le cas type qu'il a observé chez Villemin.

On voit une ligne un peu ascendante, dont nous retrouvons parfois la forme chez l'homme atteint d'insuffisance aortique, et cela, sans instrument, avec nos seuls yeux, mais rien ne donne l'idée d'un choc; l'instantanéité manque; c'est un vase qui se remplit plus ou moins rapidement. On voudrait assimiler à une sigmoïde, le ventricule dilaté par l'insuffisance aortique: est-ce possible? Le sang passe de l'aorte dans le ventricule par un défilé qui lui enlève beaucoup de sa force; quant à l'oreillette, elle se contracte

à la présystole et non pendant la diastole, elle n'entre pas en compte pour un battement diastolique. Que, au moment de la présystole, il y ait distension subite du ventricule, et par suite battement et choc nous l'accordons, mais, pour la diastole, c'est différent, c'est exceptionnel.

Le retard peut être attribué à la perception de la présystole, mais non pas à la perception de la diastole; dans la plupart des cas il est facile de séparer la systole de la présystole. Le mouvement présystolique est moins fort que le systolique et il suffit d'effleurer la surface cardiaque pour ne plus sentir que le battement systolique.

Debord dans sa thèse, 1878, insiste sur ce mouvement présystolique qui d'après lui se ferait sentir jusque dans les artères. Il sacrifie à tort ce battement présystolique au battement diastolique; *il dit qu'on croit saisir le petit sursaut* intermédiaire aux deux grands soulèvements de diastole et de systole, sursaut dû à la systole de l'oreillette. Nous ne sommes pas de son avis. Qu'on examine beaucoup d'individus atteints d'insuffisance aortique et on verra que le choc diastolique est rare, tandis que le choc présystolique ne l'est pas.

« Il est un autre point, dit C. Paul, que la clinique humaine nous a appris tant par l'auscultation que par les tracés cardiographiques; c'est que, quand la maladie de Corrigan en est à la période de tolérance, le rapport entre la durée de la systole et la durée de la diastole est changé; la durée de la systole est souvent amoindrie, et le premier bruit du cœur n'a pas de durée; de plus, le petit silence disparaît, et le second bruit commence beaucoup plus tôt pour durer plus longtemps. »

Il semble, d'après M. C. Paul, que, dans l'insuffisance aortique à la période de tolérance, le second souffle couvre toujours les deux temps, commençant beaucoup plus tôt pour durer plus longtemps. L'insuffisance aortique n'est pas rare; chacun peut juger. Reconnaîtra-t-on dans cette description le souffle si simple de l'insuffisance, en général si facile à diagnostiquer?

Nous ne contestons pas qu'il y ait des cas embarrassants où nous ne savons pas à quel temps mettre le souffle; nous en citons plus loin; mais ce sont des cas exceptionnels dont nous n'avons pas la bonne clé. Plus les cas sont difficiles, plus nous devons appeler à notre aide tous nos moyens de diagnostic; commençons par tenir la carotide d'une main, la radiale de l'autre et que l'oreille ausculte entre les deux; si nous commettons une erreur, elle ne sera pas grossière; nous ne confondons pas un rétrécissement avec une insuffisance facile à diagnostiquer, comme nous l'avons vu faire par des maîtres.

La présystole se fait-elle sentir dans la carotide de manière à troubler notre quiétude dans la détermination de la systole par la pulsation carotidienne? Tout mouvement produit dans le système vasculaire doit retentir au loin, surtout s'il y a libre communication comme il arrive dans l'insuffisance aortique; mais cette propagation est-elle facilement perceptible?

De même que pour la brachiale, la radiale et la crurale, nous percevons à la carotide le pouls dicrote, mais il ne s'agit pas alors de mouvement présystolique, le dicrotisme est dans la systole; pour la crurale, par la compression, nous déterminons un double souffle systolique, puis vient le souffle du deuxième temps; nous déterminons trois souffles; la carotide se prête moins à la compression, nous ne cherchons pas à y former des souffles; nous les prenons quand ils se présentent. Quand Debord parle de

pouls présystolique artériel, nous ne savons pas à quoi il fait allusion ; à l'aine nous constatons assez souvent des claquements présystoliques qui le plus souvent nous paraissent veineux, quelquefois artériels; nous sommes parfois hésitant; mais, au cou, les claquements présystoliques nous ont toujours paru veineux et en rapport avec des mouvements veineux présystoliques. Nous ne voudrions pas dire que jamais un mouvement présystolique ne sera perceptible dans les artères, nous disons seulement que c'est exceptionnel ; il est difficile à l'oreillette gauche de faire sentir son action jusqu'à la crurale ou même jusqu'à la carotide. Il n'est pas commun d'entendre un souffle présystolique au niveau de l'orifice aortique.

Un des signes importants de l'insuffisance aortique est le souffle de la carotide au deuxième temps remplaçant le deuxième claquement que nous notons parfois, soit que le claquement valvulaire ne soit pas étouffé, soit qu'il se produise un claquement dans la carotide, comme il arrive parfois à la crurale, au deuxième temps bien entendu, car au premier temps le claquement artériel est fréquent.

C'est dans l'insuffisance aortique que l'examen des carotides est important. Elles permettent de faire le diagnostic à distance. Dans l'insuffisance aortique les carotides battent à outrance; le cœur, ou du moins la région cardiaque. est impassible, immobile, au point que souvent nous avons vu diagnostiquer des hydropéricardes qui n'existaient pas.

On admet que le ventricule se contracte dans toute sa masse en un jet, que les deux ventricules se contractent toujours ensemble. En est-il toujours ainsi à l'état pathologique ou même à l'état physiologique?

Nous avons été frappé des recherches entreprises par Dybkowski, sous la direction de E. Pelickan, sur l'influence des poisons du cœur.

« Le rhythme du cœur s'accélère, puis se ralentit; ensuite se montrent des contractions péristaltiques du ventricule ; la contraction des oreillettes est suivie de la contraction du tiers supérieur du ventricule; cette contraction passe ensuite à la pointe, tandis qu'à la base la dilatation commence déjà. Peu de temps avant la paralysie complète du cœur, on remarque de plus grandes irrégularités dans les contractions ventriculaires ; la moitié droite ou la moitié gauche ou la partie supérieure du ventricule se contracte, tandis que les autres parties sont dilatées. Enfin, quand le ventricule cesse complètement ses mouvements, quelquefois un point ou deux présentent des pulsations correspondant aux contractions locales des parois ventriculaires. Assez souvent les deux oreillettes ne se contractent pas en même temps; presque jamais elles ne cessent de se contracter en même temps que le ventricule, elles lui survivent de deux à neuf minutes. »

Si ces contractions irrégulières sont produites par les poisons du cœur, ne peuvent-elles pas l'être en dehors d'eux? Et puis dans combien de cas les poisons du cœur ne seront-ils pas intervenus? Le problème est complexe. Si le ventricule droit peut se contracter avant ou après le ventricule gauche, que devient la présystole? Que devient la diastole? Il faut que l'examen du malade intervienne et décide si l'état pathologique compatible avec la vie provoque de telles irrégularités, ou si ce ne sont que les préludes de l'arrêt du cœur et de la mort, des signes d'agonie. On est obligé de tenir compte de ces recherches de Dybkowski et de reconnaître que la systole et la diastole ne sont pas des mouvements toujours simples.

Chauveau admet que la contraction du ventricule a deux périodes, une première de lutte contre la pression aortique, une seconde de triomphe sur

cette pression; le sang ne pénètre pas dans l'aorte au début de la contraction ventriculaire, mais bien un certain temps après le début de sa systole; par conséquent, dit Chauveau, « le souffle de rétrécissement aortique ne coïncide pas exactement avec le début de la systole ventriculaire, il arrive toujours après. Il n'en est pas de même du souffle de l'insuffisance mitrale qui débute avec la contraction du ventricule. Ces différences de début des souffles systoliques peuvent être nettement perçues à l'auscultation par une oreille exercée, et leur interprétation pourra parfois aider au diagnostic ».

De cela, nous retenons les deux périodes de la systole ventriculaire qui se traduisent dans l'aorte par une première ascension brève suivie d'une deuxième ascension brusque et considérable. Suivant Chauveau, le ventricule se contracte en deux fois; il pourrait y avoir deux souffles au premier temps comme dans le rhythme que nous avons décrit (Paffoutt), où deux souffles sont entendus entre les deux claquements.

Chauveau pense que l'on pourra séparer le souffle du rétrécissement aortique du souffle de l'insuffisance mitrale, que le souffle aortique viendra plus tard que le souffle mitral. L'état pathologique est souvent plus complexe que ne le souhaiterait Chauveau. Souvent le rétrécissement aortique vrai est compliqué d'insuffisance; les conditions ne sont déjà plus les mêmes; il y a communication constante entre l'aorte et le ventricule; aussitôt que le ventricule se contracte, il trouve ouverte la porte aortique et un souffle peut apparaître dès le début de la systole; nous reconnaissons que le double souffle systolique est rare dans l'insuffisance aortique.

L'insuffisance mitrale ne se présente pas toujours dans les mêmes conditions. Tantôt la valvule est immobile, indurée, percée d'un trou ou d'une fente; aussitôt que le ventricule se contracte, le souffle apparaît. Tantôt la valvule est souple et l'insuffisance n'existe que lorsque les valves se sont relevées, le claquement peut précéder le souffle de l'insuffisance.

On n'avance pas à simplifier les faits quand la simplification n'est pas vraie, quand on n'a pas trouvé la loi.

Cette notion d'une systole ventriculaire en deux temps, soutenue par Chauveau, nous trouble; il nous faut distinguer le mouvement présystolique du premier mouvement de la systole; tout cela est rapproché.

Nous avons recueilli un tracé de la pointe éclectique.

**Moissard, 50 ans, alcoolique, artères dures, néphrite interstitielle et bruit de galop. L'application du polygraphe à la pointe fournit trois soulèvements égaux, un pour la présystole, deux pour la systole.**

La carotide aide à reconnaître la systole; le léger retard qu'elle présente sur le battement de la pointe est le plus souvent insignifiant. Elle est toujours utile à consulter, mais ne résout pas tous les problèmes. Nous avons vu se repentir de l'avoir négligée; jamais de l'avoir appelée à l'aide.

(*A suivre.*)

## BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — Directeurs : A. Dechambre, de 1864 à 1885; — L. Lereboullet, de 1885 à 1889.

**Un immense travail, l'œuvre de plusieurs centaines de collaborateurs, occupant tous**

une position élevée dans la science, œuvre largement conçue par Dechambre et remarquablement dirigée par ce regretté confrère et par son éminent successeur, vient de se terminer. Il n'a pas fallu moins de vingt-cinq ans pour l'accomplir. En effet, le premier fascicule de cette grande publication a été mis en vente le 24 juin 1864, le dernier a été publié le 20 avril 1889.

Le *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales* forme actuellement une magnifique série de cent volumes, qui renferment tout ce que les sciences médicales et les sciences leurs alliées ont produit, recueilli, étudié pendant un quart de siècle. On peut admirer ces beaux volumes s'étalant avec une fierté légitime dans les rangs de l'*Exposition universelle* consacrés à la librairie française.

Ainsi, nous avons vu, de nos jours, — en France, — naître, se développer magistralement et marcher sans faiblir jusqu'à sa constitution complète, une œuvre considérable — la plus considérable de la science médicale contemporaine — ayant un remarquable cachet, une œuvre hautement honorable pour ses créateurs, pour ses éditeurs et pour la science française, le *Dictionnaire en 100 volumes* dirigé par Dechambre et M. Lereboullet.

*L'Union médicale* ne peut pas laisser passer cette grande figure sans la saluer de quelques témoignages d'estime au passage. Aujourd'hui, nous nous bornons à signaler à nos lecteurs son achèvement entier. Bientôt, dans une revue sommaire, nous chercherons à faire apprécier ses principaux mérites et à tracer le caractère qui lui est propre.

G. R.

---

## REVUE DES JOURNAUX

**Guérison spontanée d'une anasarque consécutive à une cirrhose alcoolique.** — Le docteur Duhamel a communiqué à la *Gazette médicale de Strasbourg* un cas de ce genre. La guérison est survenue à la suite d'un traitement si bizarre, que l'auteur ne voit qu'une curieuse coïncidence entre l'absorption d'un liquide peu médicamenteux en général, et l'amélioration survenue.

En mars 1886 entre à l'hôpital d'Obernay un homme de 57 ans, atteint d'hypertrophie du foie, avec ascite et œdème des extrémités inférieures.

Les fonctions digestives s'accomplissent normalement chez lui, et jusqu'au dernier moment il a pu travailler comme journalier. Il a fait deux congés dans la cavalerie et pendant ces quatorze ans il s'est un peu adonné à la boisson, surtout à l'eau-de-vie, dont il a encore fréquemment abusé depuis.

Pendant deux mois, divers moyens furent tentés pour combattre l'hydropisie, mais sans succès, et vers la fin d'avril il fallut ponctionner l'abdomen et donner issue à 13 ou 14 litres d'un liquide limpide citrin. Ce liquide se reproduisit vite; dès le dixième jour, la deuxième ponction était nécessaire, et à partir de ce moment les ponctions furent renouvelées avec un intervalle maximum de trois à quatre semaines, mais quelquefois de huit jours seulement.

Le 2 février 1888 l'état général du patient était à peu près le même, peut-être même meilleur qu'à l'entrée, grâce à l'intégrité des fonctions digestives, et cependant je faisais ce jour la cinquante-troisième ponction. Durant l'opération le malade demanda si cette eau, qui sort de lui, n'est pas nuisible, parce qu'il croit qu'il guérirait en en buvant! Il lui fut répondu que cette boisson ne serait peut-être pas nuisible, mais qu'en tout cas elle est peu ragoûtante; malgré cela, à peine l'opération terminée, le malade prit du baquet environ 200 grammes du liquide, qu'il avala. Il n'en fut pas incommodé du tout.

L'épanchement ne s'est pas reproduit! et le malade quitta l'hôpital après cinq ou six semaines.

Le malade a été revu récemment. Son foie est encore gros; le ventre un peu ballonné, avec un léger épanchement; mais il n'y a plus d'œdème des extrémités inférieures, et cet homme travaille toute la journée à des travaux légers. » — Dr Ph. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 mai. — Présidence de M. Le Dentu.

M. Péan a adressé une lettre à M. le président de la Société de chirurgie relativement à une question de priorité :

« J'apprends, par la lecture de plusieurs journaux qui donnent le compte rendu des séances de la Société de chirurgie, que dans la séance du 15 mai dernier, notre collègue M. Terrillon, avait déclaré que Backer-Brown et Thomas avaient les premiers proposé d'enlever par morcellement et par la voie vaginale les fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus à large base d'implantation. Suivant lui, je n'avais d'autre mérite que d'avoir perfectionné leur procédé. Je n'ai jamais cessé, depuis quarante ans, d'étudier avec soin la littérature médicale moderne et je n'ai pas vu ses auteurs faire une semblable proposition. A diverses époques, des chirurgiens, voulant enlever par énucléation de grands fibromes sous-muqueux, ont été contraints d'en laisser des fragments et ont attendu que la nature les élimine. Mais aucun, que je sache, n'a conseillé d'enlever, de propos délibéré, les fibromes interstitiels du corps et du col de l'utérus par la voie vaginale en les morcelant. Ce sont mes recherches sur la vascularisation des tumeurs et sur l'hémostase qui m'ont conduit à aborder ces fibromes par le vagin et à les extraire sans danger toutes les fois que leur volume ne dépasse pas celui d'une tête de fœtus à terme.

Depuis que j'ai publié mes travaux sur ce sujet, des médecins notables de tous les pays sont venus à Paris pour me voir appliquer ma méthode. Tous m'ont affirmé, aussi bien les Anglais que les Américains, qu'ils n'avaient jamais vu aucun de leurs compatriotes tenter ces sortes d'opérations. Il suffit d'ailleurs de lire la description opératoire pour voir qu'elle n'a rien de commun avec l'énucléation.

Quelques praticiens, à l'étranger, ont dit que la chirurgie française retarde sur celle d'autres nations dans la voie du progrès. C'est une erreur facile à réfuter. Sans pousser aussi loin qu'eux le patriotisme, il convient cependant de ne pas attribuer aux confrères étrangers, sans preuves valables, les découvertes françaises, assurés d'ailleurs, si nous étions tentés d'agir autrement, que nous n'aurions pas à compter sur la réciprocité.

J'ai écrit à ce propos, il y a plusieurs jours, à M. Terrillon. Ma lettre étant restée sans réponse, je vous serai obligé de donner lecture de celle-ci à vos collègues de la Société de chirurgie.

Veuillez, etc. »

M. Terrillon, dans la discussion qu'il a engagée, n'a pas voulu parler des polypes de l'utérus; il a voulu seulement se borner à attirer l'attention sur les tumeurs interstitielles qui proéminent dans la cavité de l'utérus, soit en se coiffant de la muqueuse, soit en étant libre dans la plus grande partie de leur étendue; la base très large les différencie dans ce cas des véritables polypes. Quand le fibrome est recouvert par la muqueuse il faut, après la section du col, fendre la membrane et la séparer de la tumeur pour pouvoir faire le morcellement.

Chez les cinq malades qu'il a opérés, M. Terrillon s'est trouvé en présence de fibromes à base large; l'ablation par morcellement n'est pas dangereuse quand le diagnostic est bien établi et que le doigt sert toujours de guide. Dans ces cas, l'hystérectomie est des plus dangereuse.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que la méthode du morcellement a été mise en pratique il y a déjà assez longtemps. Beaucoup d'opérateurs, pour enlever les fibromes, vont placer sur la base de la tumeur un instrument qui peut la sectionner; la septicémie, les hémorrhagies peuvent être la suite de cette manière de faire.

M. Lucas-Championnière préfère ne se servir que des ciseaux et il n'a jamais eu d'accident opératoire. Quand il s'agit de tumeurs non pédiculées qui font saillie dans la

cavité utérine, il suffit, après avoir incisé la muqueuse, de les couper pour les extraire par morceaux. On enlève de la même façon les fibromes interstitiels après avoir fait une large incision dans l'utérus. Quand on opère rapidement, il n'y a pas à craindre d'hémorrhagie et, du reste, ce qui peut saigner, ce n'est pas la tumeur, mais la muqueuse.

Il rappelle l'observation d'une femme de 43 ans chez laquelle, il y a trois ans, il opéra en morcelant la tumeur en quatre-vingt dix fragments; il a eu également, dans un cas plus récent, un résultat excellent. Dans un seul cas où la tumeur était putréfiée, il a eu un décès. Comme pansement, M. Lucas-Championnière tamponne le vagin après lavage avec de la gaze phéniquée.

M. Terrier insiste sur ce point que souvent, même quand le col a été sectionné, il est difficile de continuer une ablation de fibrome par la voie vaginale; d'autre part, bien que la tumeur soit plus dure que le reste de l'utérus, il y a des cas où ses limites sont difficiles à bien sentir; si la tumeur est suppurée, l'infection est à craindre; s'il s'agit d'un fibrome kystique, l'ablation totale peut être impossible.

Pour toutes ces raisons, dans deux cas où il s'est trouvé en présence de cas analogues à ceux dont parle M. Terrillon, M. Terrier a fait la laparotomie, incisé l'utérus, enlevé le fibrome, excisé une partie des parois et appliqué des sutures de façon à faire disparaître la cavité. Dans les deux cas, le succès a été complet. S'il avait à opérer un fibrome suppuré, M. Terrier ferait la suture de la partie périphérique à la paroi de l'abdomen.

M. Pozzi ne pense pas que l'on puisse généraliser le procédé que conseille M. Terrillon ; car on peut se trouver, pendant l'opération, en présence de difficultés nombreuses.

L'énucléation simple avec drainage, l'hystérectomie supra-vaginale pourraient être employées dans certains cas.

---

M. Terrier fait un rapport sur une observation de M. Poisson relative à un cas de néphrectomie suivie de guérison. Une néphrite suppurée s'était développée chez un homme à la suite d'une blennorrhagie et d'une incision du prépuce avec cystite. Après l'enlèvement du rein, cette dernière a persisté quelque temps il n'y pas eu d'autre complication. La néphrite s'est probablement développée à la suite de l'infection de la plaie préputiale.

M. Defontaine fait une communication sur deux pieds-bots paralytiques qu'il a traités par l'arthrodèse afin de fixer le pied à angle droit sur la jambe.

La déviation du pied était survenue à la suite de la paralysie infantile ; l'atrophie musculaire datait de plus de 10 ans chez l'un des malades, de deux ans et demi chez l'autre. Le pied reposait, quand il supportait le poids du corps, sur le bord externe et la face dorsale.

Dans les deux cas, M. Defontaine ouvrit l'articulation par deux incisions pratiquées sur la partie externe, l'une passant au-dessous de la malléole, l'autre perpendiculaire à la précédente et en avant d'elle. Les tendons des péroniers latéraux ont pu être respectés et on a sectionné les ligaments péronéo-astragaliens.

L'avivement des surfaces cartilagineuses de l'articulation fut faite, dans un cas, avec les ciseaux de Lucas-Championnière et de Mac-Ewen, dans l'autre, avec le bistouri ordinaire et le bistouri à résection, ce que permettait le jeune âge du malade. L'artère péronière antérieure a seule dû être liée. Après lavage, le pied est placé à angle droit sur la jambe, les incisions suturées et le pansement fait à l'iodoforme et à l'ouate salicylique.

Dans le premier cas, qui concernait un garçon de 15 ans, le résultat fut très bon ; actuellement l'opéré marche très bien en boitant légèrement. L'ankylose est complète.

La deuxième opération a été faite il y a 15 jours ; l'opéré, âgé de trois ans, va fort bien.

C'est Albert (de Vienne) qui a exécuté le premier l'arthrodèse ; il fait suppurer volontairement le foyer opératoire. Les lavages au sublimé tartrique que M. Defontaine a employés ne lui ont pas paru provoquer d'hypersécrétion de liquides.

M. Routier ne pense pas qu'il soit indiqué de remplacer un pied ballottant par une ankylose. Après la paralysie infantile des améliorations touchant presque à la guérison peuvent survenir par l'emploi de moyens propres à réveiller la contractilité musculaire.

M. SCHWARTZ croit que, quand l'atrophie qui suit la paralysie infantile n'est pas trop prononcée, il faut tâcher par tous les moyens de ramener l'activité du muscle. Il faut réserver l'arthrodèse pour les cas d'échec.

M. TERRIER regarde l'arthrodèse comme indiquée dans les cas où les malades atteints de pied-bot paralytique sont obligés de marcher pour gagner leur vie.

M. Defontaine a opéré vite parce que, dans un cas, la paralysie datait de dix ans et que, dans l'autre, on pouvait craindre une infirmité persistante.

— M. TERRILLON présente une série de 35 ovariotomies pour kystes de l'ovaire. Il n'a eu qu'une mort chez une malade qui, opérée pour un premier kyste, en eut un second qui se rompit dans le péritoine avant l'intervention qui fut faite dans de très mauvaises conditions. Six des kystes occupaient le ligament large.

M. Terrillon a observé une fois la paralysie complète de l'intestin pendant huit jours. La révulsion intestinale antéopératoire et l'usage du naphtol β lui semblent excellents.

M. TERRIER rapporte à la péritonite la paralysie de l'intestin, qui survient quelquefois après issue de ce dernier au dehors. Il donne le naphtol β à tout malade qui doit subir une opération abdominale.

— M. BRUN est élu membre titulaire.

## COURRIER

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL (Chirurgie). — Ce concours vient de se terminer par la nomination de MM. Ricard et Poirier.

— Un concours s'ouvrira le 18 juin au ministère de l'Intérieur pour l'admission aux emplois d'interne en médecine de la maison de Charenton.

— A l'occasion des fêtes de la Pentecôte, la Faculté sera fermée le dimanche 9 et le lundi 10 juin 1889.

INSPECTORAT DES EAUX MINÉRALES. — Le ministre de l'Intérieur vient de signer la suppression de l'inspectorat dans les 29 stations suivantes :

Vichy (Allier); Gréoux (Basses-Alpes); Cransac (Aveyron); Chaudes-Aigues (Cantal); Montbrun (Drôme); Euzet (Gard); Bagnères-de-Luchon et Encausse (Haute-Garonne); Barbotan et Castéra-Verduzeau (Gers); Avène (Hérault); Allegard (Isère); Dax, Gamarde et Préchacq (Landes); Sail-les-Bains, Sail-sous-Couzau, Saint-Alban et Saint-Galmier (Loire); Miers (Lot); Bourbonne (Haute-Marne); Pougues (Nièvre); La Bourboule et Le Mont-Dore (Puy-de-Dôme); Eaux-Bonnes, Les Eaux-Chaudes et Saint-Christau, (Basses-Pyrénées); Bourbon-Lancy (Saône-et-Loire); Forges-les-Eaux (Seine-Inférieure); La Roche-Posay (Vienne).

Dans ces vingt-neuf stations, ou bien il n'y avait pas d'inspecteur actuellement en vigueur, ou bien le service des indigents est assuré par l'engagement collectif de *tous* les médecins.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## Hôpital Saint-Louis — M. le professeur Fournier.

### De l'hérédo-syphilis.

*(1re Leçon.)*

Messieurs,

J'ai l'intention de consacrer quelques-unes des leçons que je veux faire cet été à l'étude de l'hérédo-syphilis. Cette question a une importance très grande et offre un triple intérêt : intérêt scientifique, intérêt pratique et intérêt que l'on peut dire social.

Intérêt scientifique : il faut bien savoir si la syphilis est héréditaire; quel rôle, dans ce cas, jouent dans la transmission, le père, la mère, les deux géniteurs réunis ; à quelles périodes de l'évolution de la maladie, jusqu'à quelleéchéance on doit redouter l'hérédité; enfin, s'il y a des correctifs à cette hérédité, si le temps, le traitement peuvent faire disparaître le danger.

Intérêt pratique : comment traiter, comment guérir l'hérédo-syphilis? A quel moment peut-on permettre le mariage? Faut-il traiter une femme syphilitique pendant sa grossesse? etc.

Intérêt social : ce mot n'est pas trop fort, car l'hérédo-syphilis cause une

## FEUILLETON

### Salon de 1889.

M. Aken, dans une toile intitulée : *A l'Hospice*, nous montre des vieilles femmes occupées à faire leur partie de cartes, tandis qu'au premier plan, à gauche, une de leurs compagnes les contemple d'un air un peu indifférent. Le jury a distingué ce tableau qui offre de réelles qualités de composition.

Plus simple et surtout trop haut perchée est la scène envoyée par M. Haus : *A Bicêtre*. Deux vieux sont assis sur un banc adossé à des feuillages et l'un d'eux lit le *Petit Journal* à l'autre. Il est malheureusement impossible de bien voir une peinture de petite dimension placée à une telle hauteur.

C'est presque un sujet médical que l'envoi de M. Felez : *Le Vitriol*. Une jeune femme blanche, vêtue de noir, s'appuie à une porte noire et tient en main le bol fatal. Evidemment la vilaine action qu'elle va commettre tourmente beaucoup l'héroïne; mais franchement elle a un peu trop l'air d'un cadavre ambulant, et ce serait plutôt à l'Exposition du blanc et du noir que M. Felez aurait dû adresser sa composition.

Nous n'avons pu, malgré de consciencieuses recherches, trouver le tableau de M. Sivori : *Femmes-Médecins*. Nous aurions cependant été bien heureux de saluer nos

mortalité effroyable et c'est un facteur de dépopulation si important qu'il est urgent de chercher à y porter remède.

Un mot de définition avant de commencer. Qu'est-ce que l'hérédité syphilitique? Chaque science a sa langue et les mots qu'elle emploie n'ont pas toujours le même sens que les mêmes mots dans la langue vulgaire.

Pour un homme du monde, l'hérédité c'est ce qui passe des parents aux enfants. C'est ainsi, par exemple, que lorsqu'un homme est goutteux et que son fils présente les mêmes accidents, on dit habituellement que chez ce dernier la goutte est héréditaire. D'autre part, qu'une femme enceinte soit atteinte de variole et que le fœtus dont elle avorte présente des pustules, on dira encore que la variole est héréditaire. Or, en médecine, le mot hérédité a un sens beaucoup plus précis. Pour nous, médecins, l'hérédité est l'apport fait au germe de qualités qui existaient dans les deux cellules génératrices, le spermatozoïde et l'ovule, au moment où la conjonction de ces deux cellules produit ce que l'on appelle la fécondation.

Donc, d'après cette définition, l'hérédité préexiste dans les cellules génératrices à l'action de la fécondation, et, pour prendre un des exemples cités plus haut, la transmission de la goutte est un fait très net d'hérédité. Au contraire, quand vers le troisième mois de sa grossesse une femme attrape la variole et que le fœtus présente des pustules, il ne s'agit pas là d'hérédité, mais d'infection post-conceptionnelle, de contagion intra-utérine.

Donc, encore, d'après notre définition, la syphilis héréditaire comprend exclusivement celle qui dérive pour le fœtus de la syphilis des ascendants antérieurement à la procréation.

Qu'une femme saine et enceinte contracte la syphilis au troisième mois de la grossesse et que le fœtus soit atteint : ce n'est pas là de l'hérédo-syphilis, mais de la contagion *in utero*.

Cette distinction est légitime. Elle traduit les différences qui doivent exister et qui existent, en effet, entre la syphilis héréditaire et la syphilis par conception. Tandis que la première atteint le germe lui-même, l'autre

---

confrères enjuponnées et d'avoir un peu pour eux, ou elles, l'indulgence dont les jurés sont si prodigues.

Et voilà tout pour la médecine. On voit qu'elle ne nous donne pas de morceau capital à étudier, et qu'au surplus, en dehors du si beau portrait du docteur B..., par M. Bonnat, il ne s'y rattache pas d'œuvre de premier ordre.

Faisons donc maintenant une revue rapide du reste du Salon, et, pour rendre à tout seigneur tout honneur, parlons d'abord de l'envoi de M. Dagnan-Bouveret qui a obtenu la médaille d'honneur : *Le Pardon*. Un groupe de femmes assises en rond sur l'herbe, jeunes et vieilles, attend, entre deux services, la reprise des exercices religieux, tandis que, un peu derrière elles et à leur gauche, deux paysans sont restés débout. Toutes les femmes sont uniformément vêtues de la cape noire et de la coiffe blanche. Dans le fond du tableau se voit l'église qu'entourent d'autres fidèles. Ce qu'il y a de remarquable dans ce tableau, c'est l'expression, ou, pour parler plus juste, le manque d'expression des figures; toutes ces femmes sont là assises placidement, presque sans pensée et sans autre souci que celui du prochain office. Cependant chacune des têtes, finement modelée, a sa valeur spéciale et contribue pour sa part à celle de l'ensemble. Si le ton général du tableau était un peu moins gris, cela serait une œuvre parfaite, et on ne peut que ratifier le chox du jury. Il y a loin de ce tableau à l'*Accident* ou à la *Noce chez le photographe*, et on doit dire de M. Dagnan-Bouveret que c'est un grand peintre. Le même artiste a aussi envoyé une *Madone* bien moderne. C'est une jeune mère quelconque qui

ne frappe qu'un enfant déjà formé; il en résulte que, dans les deux cas, la gravité n'est pas la même et je le démontrerai.

Nous n'appellerons donc syphilis héréditaire que celle qui provient, pour l'enfant, d'une infection des parents antérieure à la conception.

Est-il d'abord nécessaire d'établir la réalité de l'existence de la syphilis héréditaire? Non, car actuellement elle est admise par tous les médecins, et la constatation de sa réalité est une vérité tellement banale qu'il suffit de l'énoncer.

Je préfère vous donner une idée générale de ce que peut faire l'hérédité syphilitique qui se traduit de façons très différentes, multiples, beaucoup plus nombreuses qu'on ne le croit souvent. Les manifestations sont en effet assez différentes les unes des autres pour que l'on puisse les diviser en cinq groupes : 1° accidents de syphilis ; 2° cachexie syphilitique; 3° troubles dystrophiques ; 4° malformations congéniales ; 5° prédispositions morbides.

Les accidents syphilitiques sont naturellement les plus connus, mais non les plus communs. Ils peuvent, selon le moment de leur apparition, être distingués en accidents se produisant avant la naissance : syphilis fœtale; accidents se produisant dans les quelques semaines qui suivent la naissance : syphilis infantile; accidents se produisant à une époque tardive, lorsque l'enfant a déjà 8, 10, 15 ans : syphilis héréditaire tardive.

Malgré l'opinion très commune, il y a autre chose chez un enfant syphilitique que des accidents syphilitiques, et de nombreuses manifestations non syphilitiques dépendent de la vérole. On croit trop que la syphilis, maladie spécifique, ne fait que des accidents spécifiques. C'est là une erreur d'anatomo-pathologistes à courte vue. La vérole a une influence des plus grande en raison de la perturbation profonde qu'elle cause à l'organisme et qui le modifie dans son intimité; c'est une maladie de tout l'être, susceptible d'éveiller des troubles de tout ordre. La déchéance organique qu'elle amène chez l'individu qui en est atteint crée un ordre d'accidents

---

promène dans ses bras son enfant nouveau-né et lui sourit; la tonnelle sous laquelle elle va à pas lents laisse passer de nombreux rayons de lumière qui se jouent sur les vêtements. L'ensemble est charmant, mais ne figurera sûrement jamais dans une église.

Il y a déjà longtemps que M. Benjamin Constant attend la médaille d'honneur; elle lui viendra certainement et ses tableaux de cette année auraient pu la lui mériter. L'un de ses envois, *Le Jour des funérailles*, nous montre une scène de la vie marocaine. Au premier plan un grand nègre étendu par terre sur un tapis a, à ses côtés, les drapeaux qui l'accompagnaient au combat; il est vêtu d'une longue robe blanche et d'un manteau bleu, et il y a là un de ces contrastes de couleur auxquels excelle M. Benjamin Constant. A gauche, une femme accroupie, deux autres au fond du tableau, affaissées contre un mur, pleurent le défunt. Peut-être n'y a-t-il pas là autant d'éclat que dans plusieurs des toiles où le même maître nous a peint des scènes variées de l'Orient.

M. Roll était le dernier compétiteur à la médaille d'honneur. *Enfant et Taureau* et *En Été* sont deux grandes toiles où se montre l'amour du peintre pour la nature. Dans la première, un petit paysan, le torse nu, conduit par la laisse un taureau gigantesque dont la robe brune se marie habilement aux verts du pré qu'il quitte à regret. L'*Eté* est une scène de villégiature; jeunes femmes, enfant et toutou prennent un bain d'air et de soleil. Point de pensée philosophique de derrière la toile, de la jolie peinture tout uniment, et c'est déjà beaucoup.

C'est, en tout cas, ce qu'on ne peut pas dire du grand ou plutôt de la grande œuvre

non encore bien étudiés que l'on appelle les accidents para-syphilitiques et ces accidents existent aussi chez l'enfant.

En tête de ces manifestations se place la cachexie fœtale ou inaptitude à la vie du nouvel être. Cette inaptitude existe à trois degrés différents. Tantôt, en effet, il y a mort prématurée; tantôt les enfants viennent au monde si misérables, si chétifs, que la mort les prend peu après leur naissance; tantôt enfin ils naissent en apparence plus résistants, mais sont tellement amoindris qu'ils succombent à la première alerte, que, pour employer une expression d'hôpital, ils meurent de rien.

Viennent ensuite des troubles dystrophiques généraux ou partiels. La lenteur de la croissance est des plus remarquable. Ces enfants font tout lentement, leurs dents viennent tard, ils parlent tard, et, dans la suite, ne se développent qu'incomplètement. Ils restent de petits hommes, et, avec leur petite taille, leur aspect grêle, atrophié, présentent toutes les apparences de l'infantilisme. M. Tenneson nous a montré, dans nos conférences du jeudi, de beaux exemples de cette évolution incomplète. D'autres fois la dystrophie se concentre pour ainsi dire sur un organe : le testicule, l'ovaire, la mamelle, le cerveau. Dans ce dernier cas, on a des enfants arriérés ou idiots de par la vérole. Il faut encore noter, d'après les recherches de M. Lannelongue, d'après les miennes, la production de malformations congéniales des membres ou d'autres parties du corps : pieds-bots, becs-de-lièvre, micro-céphalie, etc.

Enfin, les enfants atteints d'hérédo-syphilis sont prédisposés à un grand nombre de maladies : méningites, convulsions, etc. Interrogez une famille syphilitique, il sera bien rare que l'un des enfants ne soit pas mort de convulsions. Le rachitisme est aussi très fréquent. Il ne faut pas dire, comme l'avait cru Parrot, que c'est une maladie syphilitique, mais la vérole y prédispose beaucoup, cela est absolument indéniable. Une autre prédisposition très importante est celle à la scrofulo-tuberculose; elle est tellement nette que quelques auteurs avaient admis que les accidents de cette nature formaient une sorte de période quaternaire de la vérole.

---

de M. Carolus-Duran : *Bacchus*. Comment un peintre tel que lui peut-il arriver à produire un poncif semblable? Sujet, attitude, paysage, tout cela traîne les ateliers depuis qu'il y a des hommes « et qui peignent ». Lui le peintre moderniste, lui qui a envoyé en même temps de si jolis portraits, commettre une pareille erreur! L'occasion était si belle de rajeunir le vieux classique, mais il paraît que c'est bien difficile, car fort peu, même parmi les maîtres incontestés, y arrivent.

L'allégorie peut, cependant, être traitée d'une façon vigoureuse et je n'en veux pour preuve que la toile de M. Ferrier : *Bella matribus detestata*. Sur les ruines d'une maison écroulée des femmes serrent dans leurs bras, d'un geste farouche, des enfants nus qui n'ont plus que ce seul refuge; l'une d'elle menace du poing une horde hurlante qui se démène dans un combat fantastique; des têtes coupées, fichées au bout de piques, surgissent au-dessus de la foule grouillante; au premier plan, deux époux sont étendus morts et une vieille mère prie à côté d'eux. La foule qui se bat est malheureusement traitée un peu trop largement, sinon il n'y aurait que des éloges à adresser à ce tableau où la vigueur de l'expression et de l'attitude s'unit à la science de la composition et à la couleur.

L'œuvre de M. Ferrier est une des seules où nous ayons à admirer cette vigueur des sentiments et des attitudes et ce sont plutôt les scènes idylliques qui dominent au Salon de cette année.

Quoi de plus doux que l'*Idylle* de M. Bonnat. Dans une grotte un peu sombre deux

Depuis la découverte du bacille de Koch, cette opinion est devenue insoutenable, mais il n'en reste pas moins établi que la scrofule est très fréquente chez les syphilitiques qui lui offrent un milieu favorable à son développement. Rappelons-nous cet aphorisme de Gueneau de Mussy : « La vérole est un fumier sur lequel végètent toutes les pourritures. »

D'où provient l'hérédo-syphilis? Telle est la question que nous devons maintenant nous poser. Faut-il accuser le père, la mère ou les deux procréateurs? Dans l'étude de ce point, nous relèverons les opinions les plus contradictoires, car l'hérédo-syphilis est une source féconde de discussion, de controverses et de dissentiments entre des hommes éminents. Nous allons, dans l'exposé des faits, aller, de ce que nous connaissons bien, de ce qui est admis par la plupart des cliniciens, à ce qui est un sujet de controverses.

En premier lieu, l'hérédo-syphilis peut-elle s'exercer quand les deux géniteurs sont en puissance de vérole? Par exception, c'est là un point qui n'est pas discuté, que tout le monde admet. Une observation que nous avons recueillie récemment dans le service va nous fournir un exemple probant. Une jeune mère nous apporte un enfant de 3 mois qui est syphilitique et atteint de syphilides cutanées et muqueuses, ainsi que d'autres manifestations; la mère est syphilitique depuis deux ans et présente des accidents actuels; le père est syphilitique depuis trois ans et présente également des accidents actuels. Donc, aucun doute ne peut subsister.

L'influence néfaste de la vérole se manifeste souvent sur une série de grossesses; dans les ménages syphilitiques, il arrive fréquemment que de nombreuses grossesses successives sont interrompues par l'avortement ou l'accouchement prématuré; l'avenir peut se trouver ainsi très compromis. Exemple : Un jeune homme syphilitique qui s'est mal traité se marie; il y a sept grossesses en six ans. Les six premières sont arrêtées par l'avortement. Dans la dernière, l'enfant vient à terme, mais il est chétif et malingre et meurt de syphilis après trois semaines.

Pour achever la démonstration, on peut comparer la façon dont évoluent

---

jeunes gens se prennent par les mains, les bras étendus et commencent à jouer ces petits jeux de l'amour antique qui conduisent à la chute sur le gazon frais. La jeune fille blonde, vue de dos, oppose sa carnation fraîche et rose à la peau brune de son compagnon qui, appuyé sur une seule jambe et croisant l'autre d'un mouvement gracieux, n'a besoin que d'un faible effort pour résister à son charmant adversaire auquel il sourit. Tout cela est d'une bien jolie couleur, mais tout cela aussi, pour être absolument franc, est un peu maniéré. Combien supérieur est le portrait du docteur B... envoyé par le même maître.

M. Chaplin est le maître du blanc et du rose. Il est difficile de mieux rendre la grâce de la jeunesse que dans ces deux toiles : *Premières fleurs* et *Portrait de miss W...* Est-il rien de plus charmant que cette tête de jeune fille brune qui, les cheveux dénoués et les yeux mi-clos, repose dans un fouillis de dentelles; on ne peut lui comparer que sa blonde compagne dont la fraîche beauté nous ravit.

C'est encore une chose bien charmante que le *Coin d'atelier* de M. Giacomotti; une jeune femme sans voile étudue sur un divan oriental lit attentivement la tête soulevée par son coude; jolie couleur et charmantes carnations.

Nous sommes toujours dans l'idylle avec la *Jeunesse* de M. Raphael Collin, mais ce n'est plus de l'idylle de Théocrite et les amoureux étendus sur le gazon sont bien modernes. Il n'en est pas de même de la *Prière* et de la *Martyre* de M. Henner qu'il nous semble avoir déjà vu quelque part. La tête pâle de la jeune fille, posée sur une pierre entre deux

les grossesses avant et après la syphilis, c'est-à-dire quand la vérole est introduite dans un ménage, lorsqu'il y a déjà des enfants et que des grossesses se produisent ensuite. Avant la vérole, les enfants sont bien portants; après on n'a que des accidents à constater.

Exemple : Un jeune homme sain épouse une jeune fille saine, il en a deux enfants bien portants, puis il attrape la syphilis et la donne à sa femme; trois grossesses surviennent; les deux premières sont interrompues par un avortement; à la dernière, il naît à terme un enfant syphilitique qui meurt.

Encore un fait : Un jeune ménage a trois beaux enfants. Le mari contracte la syphilis et la donne à sa femme. Sept nouvelles grossesses se produisent; la première se termine par avortement, la deuxième par accouchement prématuré, et mort; à la troisième, accouchement prématuré et mort; à la quatrième, accouchement prématuré, mort; à la cinquième, même terminaison; avortements pour la sixième et la septième. Donc, sur dix grossesses, trois enfants sont vivants, ceux nés avant la syphilis; les sept dernières grossesses ont donné quatre accouchements prématurés et trois avortements.

Inutile d'insister davantage, et il me paraît évident que l'on peut répondre par l'affirmative à la question : l'hérédo-syphilis s'exerce-t-elle par les deux géniteurs à la fois?

Maintenant l'hérédo-syphilis apparaît-elle si un seul des deux parents est malade? Il faut étudier la chose successivement sur la mère et sur le père et, pour procéder toujours du connu à l'inconnu, nous parlerons d'abord de l'hérédité d'origine maternelle et chercherons à répondre à cette question : un enfant peut-il être atteint de syphilis héréditaire si la mère seule est malade, le père étant sain? Eh bien! l'accord est presque unanime; bien peu de médecins contestent l'hérédité maternelle. On trouve le fait naturel, parce qu'il semble se présenter fréquemment à l'observation clinique et on fait le raisonnement suivant : l'enfant est syphilitique, la mère est syphilitique, donc le premier tient la vérole de la seconde. En

---

palmes nous rappelle vaguement un autre tableau du même maître; il est vrai qu'il peint d'un charme bien spécial et les quelques élèves qui, à chaque Salon, essayent de l'imiter ont jusqu'ici absolument échoué. M. HÉBERT, avec sa *Solitaire*, nous rappelle aussi des choses déjà vues, mais il nous les rappelle avec un tel sentiment de la poésie qu'on ne saurait lui en vouloir.

Bien nouvelle, par contre, est la toile de M. ZORN : *A l'air*. Des jeunes femmes se préparent à se baigner au bord de la mer. C'est là tout; mais ce peu est si bien ou plutôt si joliment éclairé, la couleur des chairs s'harmonise si bien avec celle des flots qu'il y a là un fort joli effet bien différent de celui, toujours le même, que nous donnent les les *Baigneuses* quelconques toujours nombreuses dans les Salons annuels.

Des maîtres aussi, hélas! deviennent un peu monotones et si l'*Amour enlevant Psyché* est d'un dessin aussi impeccable que les autres tableaux de M. BOUGUEREAU, le sujet est toujours traité d'une façon aussi peu naturelle. A l'Exposition décennale du Champ de Mars, on trouve réunis les envois des dernières années et on peut facilement faire des comparaisons instructives. Nous engageons les admirateurs quand même de M. Bouguereau à aller y contempler l'œuvre de leur maître.

(*A suivre.*)

Dr NORECK.

réalité, ce raisonnement est détestable, car il est très possible que la mère, bien loin d'avoir contagionné son enfant, ait été contagionnée par lui si, par exemple, elle est devenue enceinte saine et n'a attrapé la vérole qu'après quelque temps.

Deux conditions, si l'on veut procéder d'une façon régulière, sont nécessaires pour arriver à la certitude sur la question qui nous occupe; la première est bien connue, tandis que l'on ne pense guère à la seconde.

Il faut en premier lieu éliminer la syphilis paternelle du couple générateur et avoir la preuve absolue que, la mère étant syphilitique, le père est sain. Cela est difficile, car il faut recueillir les observations dans un milieu honnête et correct. Or, dans ce milieu, quel est celui des deux époux qui est atteint de syphilis? Ce n'est pas la jeune fille qui s'échappe chaste et pure des jupes maternelles, c'est le garçon qui, lui, pour se marier, s'arrache à d'autres jupons. Cependant j'ai pu recueillir des exemples probants dont je parlerai tout à l'heure.

La deuxième condition à laquelle on ne pense guère est la suivante : il faut que la femme n'ait pas été au préalable fécondée par un homme syphilitique, car. dans ce cas, on pourrait penser à l'imprégnation, à l'hérédité ovarienne. Qu'est-ce que l'imprégnation? On appelle ainsi cette faculté mystérieuse en vertu de laquelle une première fécondation peut retentir sur les produits de fécondations ultérieures provenant d'autres mâles. Les éleveurs connaissent parfaitement le fait. Au Jardin des Plantes, une jument ayant été couverte par un zèbre, donna naissance à un zèbre; elle fut ensuite couverte par des étalons de pure race et cependant les poulains qui naquirent présentèrent la robe caractéristique du zèbre. Vous connaissez tous ce fait, qui est raconté partout, d'une femme blanche qui, mariée à un nègre et devenue veuve, eut ensuite, avec un deuxième mari de race blanche, des enfants avec des taches pigmentaires.

Il n'y a aucune raison pour que l'imprégnation ne reproduise pas une diathèse; il faut donc, pour répondre d'une façon certaine à la question posée plus haut, éloigner les cas où il y aurait eu fécondation antérieure par un syphilitique.

Il y a des observations qui offrent toutes les garanties de certitude. Elles sont rares, car je n'ai pu en réunir que treize depuis vingt-huit ans que j'exerce la médecine. Voici les résultats que m'ont fournis leur dépouillement. Treize femmes syphilitiques mariées à des hommes sains, ont fourni vingt-huit grossesses : trois enfants sont nés sains, sept sont nés syphilitiques, neuf sont morts rapidement; enfin il y a eu neuf avortements.

Je vais vous citer quelques exemples. Une jeune femme devient syphilitique dans une première union et son mari meurt; elle en épouse un deuxième, mais sain, et deux ans après a un enfant criblé de syphilides, qui meurt. Une jeune femme dont le mari est sain et qui est bien portante elle-même nourrit un enfant de compte à demi avec une nourrice syphilitique qui infecte le bébé et la mère; le mari, prévenu, se préserve et reste indemne; il y a quatre grossesses et quatre avortements. Une nourrice saine est infectée par un enfant syphilitique, son mari est sain; sur six grossesses, elle a quatre avortements et deux enfants syphilitiques.

Tous ces cas et d'autres que je pourrais encore vous citer présentent tous les caractères de l'hérédo-syphilis : avortements et accouchements prématurés fréquents, naissance d'enfants syphilitiques. Pour ces derniers,

la mortalité est effrayante, car, sur vingt-huit grossesses, il y a vingt et un morts.

De tout cela, il semble que l'on peut conclure que très certainement l'influence de la vérole maternelle sur la syphilis héréditaire est considérable. Au surplus, ce résultat de la clinique est en concordance parfaite avec ce que peuvent faire préjuger les inductions théoriques tirées des caractères de la maladie, de l'anatomie et des analogies morbides.

Comment penser qu'une maladie telle que la vérole ne serait pas transmise héréditairement de la mère à l'enfant, elle qui imprègne l'économie tout entière alors que le fœtus fait pour ainsi dire partie intégrante de l'organisme maternel.

Les recherches de MM. Mathias Duval et Van Beneden sur le placenta ont fourni des inductions anatomiques. Au début au moins, le placenta n'est pas l'intrication de deux circulations indépendantes; c'est une hémorrhagie maternelle enkystée par des éléments fœtaux; le sang circule dans des lacunes circonscrites par les cellules fœtales qui sont baignées par lui.

Un troisième ordre d'inductions peut être tiré des analogies morbides. Le placenta n'est pas un filtre parfait; il laisse passer les éléments figurés, les bacilles, les microbes. Ainsi que l'ont montré les belles expériences de Strauss et Chamberlant, la bactéridie charbonneuse traverse le placenta; Netter a démontré que le pneumocoque passait à travers et que, quand une femme enceinte a une pneumonie, on peut trouver le pneumocoque dans le sang, le poumon, etc., du fœtus; le bacille d'Eberth lui-même n'est pas arrêté par l'organe et se retrouve chez le fœtus. Pourquoi le microbe de la syphilis, probablement si petit qu'on n'a pu le découvrir, ferait-il exception?

Donc tout concourt à démontrer la réalité de l'hérédité maternelle, à priori, les inductions tirées des caractères de la maladie, de l'anatomie et des analogies morbides; à postériori, les documents fournis par la clinique.

On peut donc répondre à la question posée plus haut, oui, l'hérédosyphilis s'exerce de la mère à l'enfant et on doit ajouter que c'est là la modalité héréditaire la plus fréquente, que c'est là la plus nocive.

---

il s'est formé un précipité abondant. Les réactifs de Walser et de Lepage m'ont également décelé la présence d'une grande quantité d'alcaloïdes.

Poursuivant mes expériences, j'ai mis deux cuillerées à soupe de *quinquina soluble Astier* dans un litre de vin de Bordeaux et autant dans un litre de vin de Malaga; au bout de trois minutes, la solution était complète, et j'avais deux litres d'un vin de quinquina parfait. Depuis un mois qu'ils sont préparés, ces vins sont parfaitement conservés.

Restait à l'expérimenter dans ma clientèle, c'est ce que j'ai fait, je vous envoie trois observations.

Mme J..., 31 ans. Dyspepsie atonique datant de plusieurs années..... Guérison.

Mme J... se présente à nous en février 1889 avec les symptômes suivants : émaciation très prononcée, rougeur des pommettes, éructations incessantes. A la pression, douleur presque nulle à l'épigastre, borborygmes très nombreux aux hypochondres. La malade ajoute qu'elle n'a aucnn appétit, que le peu d'aliments qu'elle prend lui occasionnent des pesanteurs d'estomac de longue durée accompagnées de vertiges, que ses selles sont rares, dures et pénibles, que les règles sont devenues irrégulières et peu abondantes; enfin, que le moindre travail provoque une lassitude extrême.

Pour abréger, traitement d'usage sans effet bien marqué, les digestions sont un peu moins pénibles, mais les forces ne reviennent pas.

Mme J... préparait elle-même son vin de quinquina avec un extrait fluide quelconque. Attribuant l'insuccès du traitement à la qualité du médicament, j'ai prescrit à Mme J... de prendre, un quart d'heure avant chaque repas, une cuillerée à café de quinquina granulé Astier dans un verre à bordeaux de vin. Non seulement elle supporte facilement ce quinquina, mais elle y prend goût; de son propre chef, elle met une cuillerée à bouche de quinquina soluble Astier dans un litre d'eau, qu'elle boit à sa soif. Ses forces reviennent au bout d'une huitaine de jours. Elle continue pendant un mois l'usage de ce quinquina, après quoi elle cesse tout traitement, ses fonctions s'étant complètement rétablies et jouissant d'une bonne santé.

Mlle O..., 24 ans, troubles digestifs consécutifs à une hépatite. La malade est maigre, les digestions sont laborieuses; elle est dans un état de torpeur presque continuelle avec de légers accès de fièvre; l'appétit est nul; répugnance invincible pour le vin.

Je prescris deux cuillerées à café de quinquina soluble Astier dans un verre d'eau, à prendre par gorgées avant les repas de midi et du soir.

De plus, vers quatre heures (l'état fébrile apparaît vers cinq heures), je lui fais prendre une cuillerée à bouche de quinquina soluble; cinq jours après, l'état fébrile a disparu, les fonctions digestives sont rétablies, et la malade reprend ses occupations journalières au bout d'une douzaine de jours.

Me basant sur toutes ces expériences, je me fais un plaisir de reconnaître que votre *quinquina soluble Astier* a bien réellement toutes les qualités énoncées, et précisément en raison de son activité, j'estime que l'emploi doit en être réglé par le médecin.

Dr Just. Gabriel.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 juin 1889. — Présidence de M. Maurice Perrin.

La correspondance comprend :

1° Un rapport sur les vaccinations pratiquées au bureau municipal du Havre, du 1er janvier 1880 au 31 décembre 1888, par M. le docteur Sauclières, avec un tableau des décès causés par la variole pendant le même temps.

2° Le compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène du département de Seine-et-Oise en 1887;

3° La relation d'une épidémie de variole observée à Salles d'Aude par le docteur J. Marty;

4° Un pli cacheté avec une note du docteur Alliot (de Meung), relative à la nature de la rage;

5° Un mémoire sur la fièvre jaune en Floride, par le docteur P. Gibier;

6° Un pli cacheté du docteur B. Narich sur un nouvel embryotome rachidien;

7° Une lettre de M. Pierre Apéry, candidat au titre de correspondant étranger.

— Elections à deux places de membres associés nationaux. — 1re élection: Votants, 35, majorité, 18. Ont obtenu : MM. Lafosse, 30 voix (élu); Hergott, 3 voix; Sirus Pirondi, 1 voix; Villemin, 1 voix.

2e élection : Votants, 45. Majorité, 23. Ont obtenu : MM. Sirus Pirondi, 31 voix (élu); Hergott, 8; Villemin, 3; Azam, 1; Raimbert, 1; Bulletin nul, 1.

M. Henrot fait une communication sur le *rôle et l'importance des statistiques sur le développement et le perfectionnement de l'hygiène sociale.* En développant les sentiments de solidarité et de prévoyance de l'ouvrier, on diminuera beaucoup les frais d'assistance des communes. Il faut augmenter le nombre des Sociétés de secours mutuels et diminuer les dons que distribue l'Assistance publique. Les statistiques exactes rendront de grand succès.

M. Worms combat la théorie du diabète admise par MM. G. Sée et Robin et regarde toutes les théories comme non encore prouvées.

La clinique lui a démontré que le diabète a une période latente dans laquelle le traitement agit beaucoup, qu'il y a souvent des névralgies symétriques dans le diabète confirmé, que souvent les quantités de sucre qu'excrète le malade varient d'une heure à l'autre, enfin que le sulfate de quinine est très utile.

Deux doctrines principales se disputent les suffrages des savants : celle de l'hyperglycémie et celle du ralentissement de la nutrition. Mais des médecins éminents les repoussent toutes deux et il en existe encore un grand nombre, puisque M. Bouchard en a discuté 27. M. Robin a posé en axiome qu'un médicament sera bon s'il diminue la désassimilation, mauvais dans le cas contraire. Ce traitement n'est pas applicable.

Van Mering, Frerichs, Minkowski ont publié des expériences que rappelle M. Worms et qui sont contraires à la théorie de l'hyperglycogénèse.

M. Robin trouve dans l'augmentation de l'oxydation des matières azotées qu'il ramène à un coefficient chiffré la preuve de l'hyperglycogénèse et de la suractivité de la nutrition, il devrait dire de la dénutrition. Mais il a fait ses expériences sur des diabétiques azoturiques et très fortement glycosuriques. Ses résultats auraient pu être différents s'il avait pris comme sujets d'expérience des diabétiques avec peu de sucre et sans azoturie. On sait qu'à l'état normal un adulte élimine de 25 à 40 grammes d'urée en vingt-quatres heures. Or, les diabétiques n'en éliminent souvent pas davantage et quelquefois moins. Dans les statistiques de M. Bouchard, sur 61 diabétiques dont l'urée a été dosée, 9 seulement ont eu plus de 40 grammes d'urée dans l'urine de vingt-quatre heures.

Parmi les 38 diabétiques qu'il a cités, la plupart non polyuriques, 13 seulement avaient un chiffre d'urée supérieur au chiffre normal. Dans 17 cas on ne trouvait pas plus de 25 grammes d'urée par litre et les variations de celle-ci n'étaient pas en rapport avec celles du sucre.

Si l'on trouvait un seul diabétique chez lequel le coefficient de l'azote fût inférieur à la normale, toute la théorie de M. Robin risquerait de s'écrouler.

Des investigations nouvelles sur des diabétiques au début ou confirmés et non azoturiques doivent être entreprises.

Il y aurait encore à se demander en quoi les résultats obtenus sur les diverses oxydations d'autres substances, soufre, phosphore, etc... sont caractéristiques du diabète et ne se rencontrent pas également dans d'autres affections.

M. Worms ne peut donc pas partager l'avis de ses confrères qui considèrent la théorie de l'hyperglycogénèse comme irréfutable et même comme assez suffisamment établie pour que la médecine puisse en retirer des avantages certains. En attendant cette certitude théorique le médecin doit s'en tenir à la certitude clinique qui est absolue.

Il a fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'emploi du sulfate de quinine à

petites doses donné pendant longtemps. Il ne trouble pas les fonctions digestives. L'effet de l'antipyrine n'est pas exactement connu et le médecin doit se tenir au-dessus du débat qui se poursuit entre physiologistes et chimistes.

M. Dujardin-Beaumetz demande à M. Robin pourquoi, si le diabète est causé par une suractivité nutritive, il se rencontre plus fréquemment à partir de 50 ans, moment où la nutrition se ralentit.

Il conseille l'exercice et insiste sur ce point que le repos absolu est dangereux.

M. Germain Sée combat la plupart des arguments de M. Worms. Il appuie sur ce fait que tout clinicien doit être aujourd'hui physiologiste.

La théorie de M. Worms est inadmissible. Le coma diabétique n'est pas curable; de plus, l'acétonémie n'en est pas la cause.

Le sulfate de quinine n'est pas neurosthénique, et c'est sur ce point cependant que M. Worms a basé sa conception du traitement du diabète. Les deux médicaments qui répondent aux indications sont le sulfate de quinine et l'antipyrine. L'exalgine, la phénacétine sont aussi des nervins, mais décomposent le sang; elles peuvent causer la mort du malade et rentrent, avec la nitro-glycérine, dans les toxiques du sang.

La théorie de Cl. Bernard sur le diabète est aujourd'hui la seule debout.

M. Robin répond à la plupart des arguments de M. Worms. Lui-même a observé sur d'autres diabétiques que des azoturiques et il a tenu compte, pour déterminer les échanges organiques, de tous les procédés qu'emploie l'économie.

Il ne sait pas pourquoi le diabète est plus fréquent chez le vieillard.

M. Dujardin-Beaumetz a essayé de se passer de l'antipyrine, produit allemand, en essayant des médicaments approchants.

M. Worms se défend d'avoir voulu contester les travaux de M. Robin et M. Laborde soutient la nécessité d'unir la physiologie à la clinique.

## FORMULAIRE

### Pilules emménagogues

| | | |
|---|---|---|
| Valériane pulv ........................ | } àâ | 2 grammes. |
| Safran pulv........................... | } | |
| Ethiops Martial ....................... | | 4 — |
| Sirop d'armoise et gomme pulv........ | | q. s. |

Pour faire 40 pilules. — Chaque jour on fait prendre, aux trois repas, une de ces pilules d'abord, puis deux, et même davantage aux jeunes filles chlorotiques dont les règles tardent à s'établir régulièrement. — N. G.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours, pour les emplois vacants de deux chefs de clinique médicale et d'un chef de clinique des maladies du système nerveux, s'ouvrira le mercredi 26 juin, à neuf heures du matin.

Ecole de médecine de Nantes. — M. Bellouard (Victor-Joseph-Marie) est institué chef de clinique chirurgicale, en remplacement de M. Josso, dont le temps d'exercice est expiré.

Concours du prosectorat. — Le jury de ce concours est définitivement constitué comme suit : MM. Verneuil, président; Trélat, Le Fort, Poirier et Reynier.

La première épreuve, composition écrite pour laquelle trois heures sont accordées, a commencé le lundi 3 juin, à une heure. La question tirée était : « Des aponévroses, anatomie et physiologie; de la rétraction des aponévroses. »

Les candidats liront leur composition jeudi et vendredi à cinq heures, dans l'ordre suivant :

MM. Calot, Dargon, Regnauld, Rieffel, Legueu, Thiéry, Lyot, Jonnesco, Pfender.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien-adjoint vient de se terminer par la nomination de MM. Denucé et Lagrange, agrégés.

Nécrologie. — On annonce la mort de M. le docteur Rigal, sénateur du Tarn, ancien chirurgien en chef de l'hospice de Gaillac, chevalier de la Légion d'honneur, décédé hier à Paris. Le corps de M. Rigal a été transporté hier soir à Gaillac.

Mutations dans les hôpitaux (*chirurgiens*). — M. Tarnier, nommé professeur de clinique obstétricale, vient de donner sa démission de chirurgien professeur de la Maternité.

En raison de l'importance des fonctions dévolues au chirurgien de la Maternité et en raison notamment des exigences de l'école d'accouchement, il y a lieu de pourvoir immédiatement à cette vacance.

Dans ces conditions, M. le directeur de l'Assistance publique, vient de décider qu'il serait fait dérogation au nouveau règlement qui dispose qu'aucune mutation ne pourra avoir lieu pendant l'année, dans le personnel des médecins et des chirurgiens des hôpitaux, et dès lors M. Tarnier serait remplacé le plus tôt possible à la Maternité. Toutefois, ce remplacement ne pourra avoir lieu que sous la réserve expresse que les internes et externes ne pourront, en aucun cas, être autorisés à suivre leurs chefs dans leurs nouveaux services.

La rage a Paris. — Il y a deux mois, un chien enragé mordait trois personnes, le mari, la femme et un enfant. Le mari étant très légèrement mordu au mollet jugea inutile d'aller se faire traiter à l'Institut Pasteur, mais il y envoya sa femme et l'enfant qui étaient, eux, grièvement atteints. Or, cet homme vient de mourir enragé, et les deux autres personnes sont indemnes.

Rappelons à ce propos, que dans l'intéressante statistique publiée par M. Dujardin-Beaumetz relativement à la rage à Paris en 1888, sur les 15 personnes mortes sans avoir été à l'Institut Pasteur, deux avaient été non pas mordues, mais simplement léchées. Ces divers faits semblent démontrer que les personnes qui refusent le traitement sont le plus souvent celles qui ont des blessures semblant les mettre à l'abri de tout accident; celles qui viennent, au contraire, se faire soigner, sont précisément celles dont la blessure est la plus dangereuse.

Cette constatation, qui fournit uu nouvel argument en faveur de l'efficacité du traitement Pasteur, si cette efficacité était encore à démontrer, prouve, en outre, une fois de plus, combien il est dangereux de se laisser aller à une fausse sécurité basée sur la bénignité apparente de la lésion initiale. (*Bull. méd.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 8 juin 1889. — *Ordre du jour.* : 1. Election de la commission du prix Duparque. — 2. Communications diverses.

A trois heures et demie, réunion du Conseil d'administration (le Bureau et MM. De Ranse et Dubrisay.)



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



# BULLETIN

« Procédés de l'ancienne scolastique... Chimie de cabinet »; voilà des expressions bien dures employées par M. A. Robin envers M. Worms pour caractériser sa manière de défendre son mode de traiter le diabète. M. Germain Sée n'a pas été plus tendre envers son adversaire qui, tout en se défendant d'avoir énoncé une théorie du diabète, en a ébauché une du coma diabétique que ne peut admettre M. Sée. M. Worms a cru pouvoir trouver grâce auprès de ses adversaires en répondant qu'on avait cherché dans ses discours autre chose que ce qu'il avait voulu dire; que, n'étant ni chimiste ni physiologiste, il n'avait voulu étudier le diabète qu'au point de vue de la clinique pure, en interrogeant purement et simplement la méthode d'observation; M. Laborde l'attendait à ce demi-cercle et lui a riposté, en invoquant Claude Bernard, que le médecin qui n'est pas physiologiste n'est pas un médecin. M. Worms n'avait plus qu'à battre en retraite.

Avait-il donc eu complètement tort dans son argumentation? Je ne le pense pas. Toutes les bonnes raisons invoquées contre lui n'empêcheront pas que ses malades aient été guéris et ne démoliront pas ses observations

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Notre sympathique confrère le docteur Alban Fournier (de Rambervillers) donne dans e *Bulletin médical des Vosges* d'intéressants détails sur un pèlerinage jadis fort en vogue dans son pays pour guérir la rage. Ce traitement par la méthode de Saint-Hubert n'a rien à voir avec celui de Saint-Hubert en Belgique; mais il y confine de près. On le pratique encore maintenant, paraît-il, dans les Vosges, par le procédé de *la taille*, qui consiste à pratiquer sur le front avec un canif, une incision de 2 centimètres, à soulever la peau et y insérer un filament de l'étole donnée par la Vierge à Saint-Hubert.

L'abbaye d'Autrey prétendait posséder une jointure du bienheureux saint, dont l'attouchement produisait les mêmes effets curatifs; cette relique a été transportée en 1791 à l'église de Rambervillers où elle est encore, mais où elle ne fait plus de miracles.

« Aujourd'hui que les admirables travaux de Pasteur, dit M. Fournier, ont mis à l'ordre du jour le traitement de la rage, un pieux journal de la région a demandé la restitution à Autrey de sa relique et le rétablissement du pèlerinage. Il y a là un danger. Des âmes croyantes, mais... naïves, pourront s'en aller demander la guérison de la rage à la relique de Saint-Hubert... Elles suivront ponctuellement toutes les formalités religieuses; elles pourront revenir rassurées, mais ce sera tout.

cliniques. Il a eu beau jeu lorsqu'il a exposé les contradictions qui existent dans les 27 théories du diabète que M. Bouchard a autrefois énumérées et discutées, et entre les opinions actuelles des chimistes relativement au mode d'action des médicaments chez les diabétiques. L'antipyrine, elle-même! n'a pas su rallier tous les suffrages; tandis que d'après M. Robin elle enraierait la dénutrition azotée, elle l'augmenterait d'après M. Cazeneuve. N'est-ce pas avec raison que M. Worms déplorait les applications hâtives de la chimie biologique à la thérapeutique?

A mon sens, il y a trop d'exclusivisme chez les uns et chez les autres. M. Worms ne peut suffire à se défendre avee la seule méthode clinique; M. Robin, M. Laborde, pas davantage, avec la seule méthode expérimentale, chimique ou physiologique; MM. G. Sée et Beaumetz sont plus forts en se servant simultanément des deux méthodes; mais les données de la dernière sont encore insuffisantes, car M. Sée demande expressément « qu'on fasse un choix rigoureux parmi les nervins, qu'on fasse encore des expérimentations nombreuses sur les animaux avant de les employer chez l'homme », et M. Beaumetz n'est assurément pas d'un avis contraire. Donc la perfection n'est pas encore venue sur ce point de la science.

Mais si les deux méthodes associées peuvent donner de bons résultats, l'adjonction d'une troisième n'est pas inutile; je veux parler d'un autre facteur du progrès scientifique : la méthode bibliographique ou historique. M. Worms, invoquant Von Mering, Frerichs, Minskowski, Bouchard, Jaccoud, Cantani, y a eu recours; mais M. G. Sée lui reproche d'avoir mal compris les faits de Frerichs; de son côté, M. A. Robin invoque Prior, mais M. Worms a interprété d'une autre façon les travaux de ce dernier. Que conclure de ce débat à l'heure actuelle? Que les auteurs sont divisés au sujet des faits cliniques, des résultats expérimentaux, des documents bibliographiques; mais la discussion n'aura pas été inutile, puisqu'en indiquant les points sur lesquels règne le désaccord elle a, par là même, montré dans quelle voie devaient être dirigées les recherches.

— En présentant à l'Académie les tracés graphiques qui rendent visibles

---

« Les promoteurs du rétablissement de ce pélerinage encourront une bien lourde responsabilité, et je leur demande : si par malheur ils venaient à être mordus par un chien enragé, où iraient-ils? à Saint-Hubert d'Autrey? se feraient-ils tailler ou prendraient-ils le train le plus rapide pour aller se faire traiter par la méthode de Pasteur?

Il est fort à craindre que, dans ce temps d'incrédulité, Saint-Hubert ne soit pas plus puissant contre la rage dans les Vosges qu'il ne vient de l'être enBelgique. Voici, en effet, ce qui vient de se passer dans ce pays où la superstition dans les saints a encore grand crédit.

Le 10 mars dernier, trois habitants de Diest (Belgique) étaient mordus par un chien enragé. Contrairement à l'avis de personnes éclairées qu'ils purent consulter, ils refusèrent de se rendre à Paris à l'institut Pasteur, et pensèrent qu'il serait plus utile pour eux de suivre la méthode de traitement en usage dans le pays et qui consiste dans un pélerinage à Saint-Hubert.

Le 3 et le 5 avril, deux de ces malheureux mouraient enragés, et, le 27, le troisième mordu mourait à son tour.

Cet événement a vivement ému la population belge, et les organes les plus autorisés de l'opinion publique demandent que l'on crée sans délai un Institut Pasteur dans le pays, et que l'on fasse une loi spéciale pour forcer les administrations communales à envoyer à cet Institut tout individu mordu par un chien enragé.

* * *

A propos de notre dernière *Causerie*, un de nos lecteurs nous écrit pour nous repro-

les progrès de l'hygiène dans la ville de Reims, M. le docteur Henrot a démontré l'utilité de l'application des données actuelles de cette partie de la science à l'assainissement des grandes villes et au bien-être de leurs habitants. Mais il a oublié de dire, et c'est pourquoi nous l'ajoutons, qu'il faut à la tête de ces villes des administrateurs intelligents, instruits et dévoués, qui non seulement comprennent l'importance des modifications reconnues utiles, mais encore sachent les faire appliquer. C'est à cela que la ville de Reims doit les progrès exposés par M. Henrot dans sa communication. — L.-H. Petit.

---

**Sur le projet de langue scientifique internationale.**

Cher confrère et ami,

Vous avez publié, dans votre excellent journal, le *Rapport* de nos collègues de la *Société médicale du XVII^e arrondissement*, Jasiewicz et Ducor, sur le projet de langue scientifique internationale dont j'ai pris l'initiative à la *Société de médecine pratique de Paris*. Dans ce *Rapport*, je suis, bien entendu, souvent mis en cause, et quoique j'aie tout lieu de remercier nos confrères de la courtoisie bienveillante avec laquelle ils ont combattu mes idées, est-ce trop vous demander que de me permettre de les défendre personnellement devant le public de l'*Union médicale?* Aussi bien vos lecteurs ne seront pas fâchés, je l'espère, de trouver ce plaidoyer dans vos colonnes; car, s'il en est encore beaucoup — le plus grand nombre! — qui jugent téméraire ce projet de langue internationale, il en est d'autres, sans doute, qui se sont laissé séduire par la perspective d'avoir un jour à leur disposition un moyen de relations scientifiques d'une portée si considérable. Il en est de même, j'en suis sûr, qui considèrent la création d'un langage universel dans les conditions que j'ai posées, et en collaboration, comme une entreprise grandiose et de nature à honorer la nation qui l'aurait réalisée et les Sociétés savantes qui l'auraient facilitée de leur patronage. Rêve, si l'on veut, c'est un beau rêve!

A mes yeux, la question se pose aujourd'hui beaucoup plus nettement qu'au mois d'octobre 1888, date de ma première communication à la *Société de médecine pratique*. Le terrain a été déblayé par la discussion même. De mon côté, la conception d'un langage

---

cher d'avoir oublié de dire ce que la dernière maladie de Frédéric-le-Grand avait rapporté à son médecin, afin de pouvoir comparer la générosité du roi de Prusse avec celle dont M. de Bismarck a donné autrefois un exemple resté fameux en Allemagne.

En ce temps-là, le fils de l'homme d'Etat prussien, étudiant à Bonn, reçut, dans un de ces absurdes duels à la rapière qui sont restés comme une legs barbare du moyen âge, un coup violent à la tête, qui fit craindre pour ses jours.

Les médecins mandèrent, par le télégraphe, M. et M^me de Bismarck, ne sachant trop si ces derniers auraient le temps de trouver leur enfant en vie. Ces craintes ne furent pas justifiées, et après quelques semaines passées au chevet du jeune bretteur, M^me de Bismarck prit congé de son fils et remit à son médecin 6 frédérics d'or, soit, le frédéric valant 21 fr. 25 c., une somme de 127 fr. 25!!!

On juge de la surprise du médecin qui avait fait au jeune blessé 160 visites, dont quelques-unes avaient duré plusieurs heures. A son tour, il présente une note de 160 thalers, soit 1 thaler (3 fr. 75 c.) par visite; total : 600 francs. Le prix, comme on le voit, n'a rien d'exagéré. Ce qui n'empêche point M. de Bismarck, furieux, de consulter à Berlin pour savoir si la blessure a été bien cousue et si le médecin a le droit de réclamer de semblables honoraires...

Que pensez-vous de la générosité de M. de Bismarck? L'autocrate allemand, revendiquant toutes les populations parlant son idiome, ne se fera point avec de pareils procédés de chauds partisans parmi les médecins de ce côté du Rhin.

Nous savions déjà que

scientifique universel se dégage dans mon esprit d'une manière bien plus précise, après quelques mois d'étude approfondie du sujet; et je suis moins disposé à m'égarer dans des discussions secondaires, désormais oiseuses. Je puis donc, si vous y consentez, poser nettement le problème et l'envisager en peu de mots sous tous ses aspects. Dussiez-vous heurter quelques préjugés tenaces, permettez-le moi.

I

Sans remonter au déluge, il est utile de rappeler que l'on compte parmi les partisans d'une langue universelle des hommes éminents tels que Descartes et Leibnitz; et, ce qui nous intéresse plus directement, nous autres médecins, c'est que le premier savant qui en ait émis l'idée est Galien (*De differ. pulsuum*, lib. II, § 2). Les « linguistes fêlés », comme nous appelle un grand journal du matin, sont donc en assez bonne compagnie; et nous aurions beau jeu vraiment à « blaguer » à notre tour les chroniqueurs qui nous raillent. Par exemple, l'un d'eux, dans ce même journal, reproduisant une phrase volapük qui signifie : « Voulez-vous du thé », demandait pourquoi l'on ne trouve pas plus simple de dire tout simplement en français : « Voulez-vous du thé? » Cela me rappelle qu'un soir, au Gabon, nous fûmes surpris, au milieu de notre dîner, par une irruption de nègres criant : *Ntchégo! ntchégo!* C'était une panthère qui rôdait autour de la case. On court après, puis on se rasseoit. « Ces imbéciles de nègres, dit un négociant, ils vous crient : *Ntchégo! ntchégo*! pourquoi ne pas dire : *le tigre!* » — « En effet, lui réplique un autre; c'est comme ces imbéciles d'Anglais qui appellent le pain du *bread*! » En somme, les volapükistes, en demandant que tous les commerçants du monde correspondent en volapük, sont bien plus raisonnables que nous qui demandons aux savants de correspondre en français.

Car le volapük doit son succès à son extrême simplicité. Et ce succès n'est pas contestable. Le fait qu'il existe aujourd'hui 265 Sociétés volapükistes à la surface du globe est un fait considérable. Un grand nombre de commerçants américains correspondent aujourd'hui en volapük. M. Ducor, dans une communication récente à la *Société de médecine pratique* (*Bull.* du 15 mai) s'est mépris sur la signification de ce chiffre 265, qu'il croit indiquer autant de schismes volapükistes. En réalité, il n'y a d'autre schisme en volapük que celui des partisans de la déclinaison, d'ailleurs extrêmement simple, et dont les formes, dans la conception même de Schleger, peuvent être suppléées par l'emploi des prépositions. Tous les volapükistes parlent la même langue; ils doivent se réunir à

---

Dans le service de l'Autriche
Le militaire n'est pas riche.

Mais chez M. de Bismarck, qui n'est plus militaire?

Peut-être les médecins en question ont-ils présenté leur mémoire d'honoraire le 31 du mois, jour de *misère en Prusse*! SIMPLISSIME.

---

INJECTION DÉSINFECTANTE. — Hamon.

| | |
|---|---|
| Acide salicylique.................................. | àâ 2 grammes. |
| Acide thymique.................................. | |
| Essence d'ambre.................................. | 20 gouttes, |
| Essence de verveine.................................. | 30 — |
| Alcool à 90° .................................. | 25 grammes, |
| Eau de Cologne.................................. | 50 — |
| Eau distillée.................................. | 300 — |

Mêlez.— Une cuillerée à soupe de cette solution pour 1 litre d'eau, que l'on emploiera sous forme d'injections utéro-vaginales, répétées 3 ou 4 fois dans les vingt-quatre heures, afin de faire cesser la fétidité des lochies. — N. G.

l'Exposition pour la perfectionner, car elle est perfectible; mais elle est désormais fixée dans sa lexicologie comme dans sa grammaire.

Mais le volapük n'a pas de prétention scientifique; c'est une langue très bien conçue; mais je ne crois pas qu'il soit possible de l'*ouvrir* aux termes scientifiques.

D'après les recherches de M. Kerckhofft, le vulgarisateur du volapük, on compte aujourd'hui près de 130 tentatives de langue universelle; mais ce ne sont pas là des schismes volapükistes, comme l'a compris M. Ducor. Comment se fait-il qu'en dehors du volapük, toutes ces tentatives aient échoué?

D'abord, il y a bien peu de ces langues universelles qui soient véritablement des langues. Parmi celles qui sont vraiment méthodiques, il en est plusieurs qui seraient facilement adoptées, si le public surmontait un préjugé, entretenu d'ailleurs par les savants, et si quelque Société autorisée consentait à patronner l'une d'elles. Je répéterai ici l'argument de la *Société philosophique américaine* : Puisque le volapük, malgré son insuffisance incontestable, a fait sa trouée sans patronage d'aucune sorte, que ne ferait pas une langue vraiment scientifique patronnée par une Société savante autorisée ou un Etat?

Cependant, je fais à toutes ces langues le même reproche : leurs auteurs, trop timorés, ont exagéré la simplicité; leurs langues sont pauvres et ne peuvent pas s'enrichir.

Quelles sont donc les qualités indispensables d'une langue internationale?

## II

Ces qualités, je les ai résumées ainsi (*Bull. Soc. méd. prat.*, 15 fév. 1889) :

« 1° Uniformité de la prononciation, dans les limites compatibles avec les nuances instinctives de l'émission vocale et de l'articulation verbale.

« 2° Extrême simplicité de la grammaire.

« 3° Syntaxe à la fois souple et précise.

« 4° Lexicologie riche, largement ouverte à toutes les expressions scientifiques actuelles et futures, et facilitant la formation des mots composés, tout en restreignant leur utilisation. »

Je sais bien que, pour se rendre compte de la portée de ces assertions, il faut être linguiste; que ce n'est pas l'affaire des médecins; que nous n'avons pas de temps à perdre à ces subtilités.....

Je sait tout cela, et quand on me dit qu'on n'a pas compris un traître mot à ma langue, je n'ai pas la moindre envie de m'en plaindre. Si j'insiste, c'est parce qu'il le faut bien; une langue internationale nous serait si utile qu'il faut bien tenter de démontrer qu'au demeurant c'est la chose du monde la plus simple, tellement simple que l'on s'étonne véritablement que la tentative n'ait pas abouti plus tôt. Mais chaque chose a son temps; et ce n'est pas au moment d'une Exposition fantastique offerte aux nations surprises par un peuple réputé « fêlé » comme les linguistes de tout à l'heure, qu'il est permis de s'arrêter à des obstacles que le préjugé seul a étayés jusqu'ici.

1° *Uniformité de la prononciation.* — On craint, à cet égard, que chacun ne prononce les lettres à sa manière; qu'importe? Est-ce que nous ne comprenons pas les Anglais quand ils parlent français? C'est tout dire!

On dit que certains peuples, tels que les Chinois, ne peuvent pas prononcer certaines ettres, l'*r*, par exemple. Mais c'est vrai surtout pour les créoles, et ils s'en tirent quand même en parlant français; d'ailleurs, on dit la même chose des Anglais qui mettent des *r* partout, même dans le mot *colonel*, qu'ils prononcent *keurrrnel!*

Je ne m'inquiète pas de ces dissidences. J'admets même deux sons *facultatifs* pour l'*y*, que l'on prononcerait indifféremment — moi, tout le premier — *u* ou *i*, comme mon concierge qui prononce *lundi : lindi*. Et si je supprimais des sons discutables tels que ceux de *j*, *z*, *x*, etc., ce serait pour complaire aux grincheux; aussi je ne le fais pas. J'admets pour les lettres la prononciation italienne, sauf pour *c*, *g*, *j*, *z*, que l'on prononce comme dans les mots français : *cancre*, *gare*, *jabot*, *zénith*.

Il n'y a là véritablement aucune difficulté sérieuse. Rien n'est facile comme d'établir

*une prononciation nettement déterminée et universellement admise, afin qu'elle puisse être distinctement comprise en tous pays.*

III

2° *Extrême simplicité de la grammaire.* — Il n'est pas moins facile d'établir une grammaire extrêmement simple. La preuve en est que la plupart des derniers inventeurs de langues ont réussi leur grammaire; et n'aurais-je démontré que ce point seul, je serais satisfait de ma campagne.

Les grammaires françaises en usage dans nos collèges ont de 300 à 400 pages. De mon temps, elles en avaient moins. Mais, de mon temps, un livre suffisait pour toute la scolarité; quelques-uns des miens avaient servi à deux ou trois générations d'écoliers de ma famille. Aujourd'hui, il faut des monceaux de livres pour chaque classe, heureux quand on ne les remplace pas dans la même année scolaire; c'est ce qui arrive en particulier pour les grammaires. Or, une grammaire universelle, aussi complète que l'on peut la rêver, au point de vue de l'expression des idées, peut tenir largement en trois ou quatre pages in-18, avec les exemples.

On m'a beaucoup objecté l'évolution du langage; or, l'évolution du langage s'accomplit dans le sens où nous tendons. Ainsi que je l'ai dit (*Bull. Soc. de méd. prat.*, 15 mai 1883), l'archaïsme se manifeste dans nos langues modernes par deux formes principales dont elles se sont individuellement dépouillées dans une mesure différente; ces deux formes sont la déclinaison et la conjugaison. Or, selon moi, le principe qui doit servir de base à toute grammaire universelle est le principe de l'*invariabilité du mot.* Le substantif ne changera pas au pluriel; on écrira sans *s* et sans *x : des livres, des oïes, des noix, des amis*, et cette suppression sera d'autant mieux acceptée que ces *s* ou *x* ne se prononcent pas.

D'autre part, l'article et le pronom, qui, eux, changeront au pluriel, invariablement par l'addition d'un *s*, ne changent pas au féminin. Le genre, exclusivement réservé aux noms de femelles, serait marqué par une addition de lettres toujours les mêmes au masculin des noms, comme dans les mots français : *lionne, bûcheronne.*

L'adjectif, lui, est toujours invariable.

Dans les verbes, on supprime les formes personnelles; en créole et un peu en anglais, on dit : *Moi vini, toi vini, nous vini*; pour : *Je viens, tu viens, nous venons.* On supprime la forme du subjonctif, qui, en français, par exemple, n'existe pas dans une foule de verbes; on supprime toutes les irrégularités de la conjugaison, et tout se borne à une modification unique et simple du radical pour exprimer le présent, le passé, le futur, le conditionnel.

Les mots dits invariables sont affaire de lexique. Leur catégorisation, qui n'a jamais été tentée, est d'une certaine difficulté et d'une extrême importance; mais elle implique une simplification mnémonique incontestable.

3° La simplification de la syntaxe n'abrège pas moins la grammaire; mais tout le monde peut la réaliser sans peine et, ainsi simplifiée, la syntaxe prend une douzaine de lignes.

4° Il me reste à dire deux mots du lexique, mais je crains d'être importun. Richelot, si je vous ennuie, dites-le!

(*A suivre.*)

## REVUE DES JOURNAUX

**Traitement de la diphthérie par le chlorhydrate de pilocarpine,** par CASADESUS. (*Rev. de lar. otol.*, juin 1888.) — Dans quatre cas de croup et d'angine diphthéritique, l'auteur donna avec succès la pilocarpine à l'intérieur et guérit ses malades en quelques jours. Pour lui, la pilocarpine n'est pas un spécifique, mais a une action toute particulière sur les muqueuses, d'où la disparition rapide de l'exsudat.

La dose à employer est de 1 à 3 centigrammes chez les enfants de 1 à 6 ans et de 5 centigrammes chez l'adulte. L'association à un vin alcoolique empêchera les effets hyposthénisants. — P. R.

**Sur l'emploi des différents alcaloïdes dans les maladies des yeux**, par M. le docteur Galezowski. (*Société de biologie*, 1889, 2 mars.) — L'atropine, la duboisine, l'hyoscine, l'ésérine, etc., sont employées habituellement sous forme des sels les plus variés : sulfates, tels que : l'atropine, la duboisine et l'ésérine; chlorhydrates, cocaïne; nitrates, pilocarpine.

Ces différents sels contiennent le plus souvent de l'acide en excès, ce qui est un grave inconvénient pour l'œil, car, peu à peu, ils subissent un commencement de décomposition, l'acide devient libre dans le collyre qui devient irritant.

M. Galezowski a pensé qu'en remplaçant ces différents acides par l'acide borique, on obtiendrait des sels moins acides, plus alcalins et, par conséquent, moins irritants. Avec l'aide de M. Petit, il a préparé les borates d'atropine, d'ésérine, de pilocarpine et de cocaïne, corps stables, moins irritants. Quand il y a tendance à la décomposition, c'est la base qui, devenant libre, est immédiatement absorbée par l'acide; la composition devient neutre et légèrement alcaline et n'irrite pas l'œil.

Le borate d'atropine agit peut-être un peu moins vite que le sulfate, mais son action est moins irritante, moins douloureuse et plus durable. Le borate de cocaïne anesthésie peut-être un peu lentement, mais ne trouble pas la cornée et ne soulève pas l'épithélium.

Malgré tout, il ne s'agit pas là de composés définis. — P. N.

**Le tannin dans la tuberculose pulmonaire**, par le docteur E. Houzé. (*La Clinique*, 1889, 9.) — L'auteur, dans un court historique, rappelle les travaux de Pezzoni (1807); Chansard, de Bordeaux; Charvet, de Grenoble (1840); Woillez (1863); Pidoux, et, plus récemment, ceux de MM. Raymond et Artaud.

Il rappelle que les paysans, dans beaucoup de localités du Limbourg méridional et à Waremme, font boire de la tisane d'écorce de bouleau ou d'écorce de chêne aux malades atteints de toux chroniques et de rhumes négligés. D'un autre côté, les ouvriers employés dans les tanneries sont moins sujets à la tuberculose, et, quand ils sont atteints, l'affection revêt chez eux une modalité particulière; ils ont l'habitus tuberculeux, mais l'expectoration est nulle ou très peu abondante; ils ne présentent que des râles ou des craquements secs. Beaucoup d'entre eux, quand ils toussent, boivent la *jusée dite des tanneurs*, liquide qui résulte de la macération des peaux avec le tan. Cette jusée a été expérimentée par Vigla, Barruel, Bricheteau.

De toutes les médications qu'a employées M. Houzé, c'est le tannin qui lui a donné les résultats les plus encourageants.

Le tannin, à la dose de 1 gramme en trois prises, est généralement bien supporté. Quand il ne l'est pas, il faut le donner aux repas.

C'est généralement par la suppression rapide des sueurs que débute l'action du médicament; la diurèse est augmentée. L'abondance des crachats est diminuée et ils deviennent blanchâtres, aérés et mousseux.

A l'auscultation, les râles humides sont remplacés par des râles secs, des craquements; les gargouillements font place au souffle bronchique simple; il y a un véritable assèchement cavitaire.

L'état général s'améliore et le poids augmente. Chez la moitié de ceux qui subissent la médication, l'appétit se relève et les digestions sont plus promptes; chez ceux-là il faut suralimenter. — P. N.

**Sur l'œdème *ex vacuo* de la muqueuse tympanique chez le fœtus (1),**

Par le docteur BOUCHERON.

On sait que la caisse du tympan chez le fœtus né contient point d'air et que sa cavité est comblée tantôt par un tissu mou (homme, chat, chien, etc.), tantôt par du liquide (cobaye, etc.), tantôt par du tissu mou accompagné de liquide (veau, mouton et parfois l'homme). Le liquide et même le tissu mou disparaissent très rapidement en quelques heures, ou quelques jours, quand le nouveau-né a fait pénétrer de l'air dans la caisse tympanique.

C'est la nature de ce tissu, l'origine du liquide, et surtout la cause de sa disparition rapide que nous voulons rechercher.

Selon nous, le tissu mou qui comble la caisse est un œdème *ex vacuo* de la muqueuse tympanique produit par le mécanisme de la ventouse; le liquide tympanique, quand il existe seul ou quand il accompagne l'œdème, est une sécrétion *ex vacuo* de l'épithélium mucipare de la caisse. Enfin, dès l'apparition de l'air dans la caisse tympanique, l'œdème s'affaisse et le liquide se résorbe, parce que le vide ayant cessé, le mécanisme de la ventouse cesse également, ainsi que ses conséquences.

La ventouse est constituée, dans l'oreille, par l'écartement des parois de la caisse d'abord accolées au premier âge de l'embryon. C'est de là que procèdent de par un mécanisme physique toutes les conséquences de la ventouse : œdème *ex vacuo* et liquide exhalé.

1° L'examen microscopique montre que le tissu mou de la caisse, c'est la muqueuse dont le tissu cellulaire sous-chorial est infiltré de liquide.

2° L'expérimentation chez les animaux montre que, si l'on peut produire le vide dans la caisse tympanique, il se forme un œdème de la muqueuse tympanique et une exhalation *ex vacuo* de mucus dans la caisse.

Sur des chiens adultes, nous avons oblitéré les trompes d'Eustache en en cautérisant l'orifice nasal au thermo-cautère, ce qui a déterminé ultérieurement une cicatrisation des plaies juxtaposées et une soudure des parois.

La caisse du tympan étant plus tard ouverte sous l'eau, nous avons constaté d'abord l'absence totale d'air. D'autre part, la cavité de la caisse était remplie, pour la majeure partie, par une grande masse de mucus; dans d'autres cas, par du muco-pus avec des microbes; enfin, il existait généralement un certain épaississement de la muqueuse vascularisée, le plus souvent tomenteuse, papilleuse.

En effet, quand la trompe est fermée, l'air de la caisse se résorbe comme l'air injecté sous la peau. Mais la cavité de la caisse ne peut rester inoccupée; à mesure que l'air tympanique se résorbe, le vide est comblé comme sous une ventouse par un gonflement et une vascularisation de la muqueuse. Comme le tissu sous-muqueux est très dense chez l'adulte, la muqueuse ne peut se soulever suffisamment pour venir au contact de la membrane tympanique. Alors l'épithélium mucipare de la caisse sécrète abondamment et bientôt la caisse est entièrement remplie de liquide mucineux qui prend ainsi la place de l'air résorbé.

Le phénomène est analogue chez l'embryon où la muqueuse tympanique s'œdématise par le mécanisme de la ventouse produit lors de l'écartement des parois rigides de la caisse.

L'opinion adoptée antérieurement par les auteurs modernes, c'est que la caisse est remplie d'un tissu embryonnaire, tissu muqueux de Virchow. L'aspect microscopique est, en effet, semblable au type muqueux. Seulement c'est du liquide un peu épais d'œdème qui, dans l'oreille, est interposé entre les lamelles embryonnaires sous-épithéliales et non une masse amorphe permanente, comme dans le tissu muqueux vrai.

(1) Note présentée par M. Ranvier à l'Académie des sciences le 27 mai 1889.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DES SCIENCES

*Détermination de la quantité d'eau contenue dans le sang*, par MM. Gréhant et Quinquaud. — On sait combien il est difficile de dessécher complètement les matières organiques : quand il s'agit du sang, les difficultés sont peut-être encore plus grandes : 5 grammes de sang sont injectés dans un creuset de porcelaine taré qui est placé dans une étuve, réglée par un régulateur Chancel; il se forme un caillot dont les parties centrales échappent plus ou moins à l'action de l'air chauffé à 120°; les auteurs ont reconnu qu'il est indispensable d'introduire le caillot déjà desséché en partie dans un mortier d'Abich en acier et de le frapper à coups de marteau, afin d'obtenir une poudre qui, au bout d'un temps fort long, ne change plus de poids.

MM. Gréhant et Quinquaud ont fait une série de pesées sur divers sang, s'arrêtant au moment où ils obtenaient un poids invariable à 1 milligramme près, et ils ont trouvé moins d'eau dans le sang veineux que dans le sang artériel, ce qui peut s'expliquer en admettant qu'une portion de l'eau du sang artériel pénètre dans les vaisseaux lymphatiques.

*Dosage de l'urée dans le sang et dans les muscles*, par MM. Gréhant et Quinquaud. — La question du lieu de formation de l'urée est loin d'être résolue.

On a signalé dans les muscles des traces d'urée : les muscles humains, dit Gorup-Besanez, ceux des mammifères et même ceux des principaux animaux, à l'exception de ceux des plagiostomes, ne contiennent généralement pas d'urée. Pour étudier ce lieu de formation, les auteurs ont comparé la quantité d'urée contenue dans un certain poids de muscle à celle que l'on trouve dans un poids égal de sang artériel traité par l'alcool par le procédé Gréhant.

Or, dans ces cas, la quantité d'urée contenue dans les muscles a été supérieure à celle contenue dans le sang (98 gr. p. 100 de sang; 107 gr. p. 100 de muscle).

On peut conclure que l'urée paraît se former dans les muscles.

Les différences réelles sont encore plus grandes si l'on considère que le résidu sec contenu dans 100 grammes de muscles est plus grand que le résidu sec d'un poids égal de sang; en effet, les auteurs ont trouvé pour le muscle 22,1 et pour le sang 17,3 de résidu sec. D'après leurs analyses, 51 grammes de muscles de raie renferment 1 gramme d'urée, c'est-à-dire cinquante fois plus que ceux des mammifères; tandis que le sang pris dans le cœur leur a paru renfermer une quantité plus faible.

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 mai 1889. — Présidence de M. Abadie, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine : Une observation d'*électrolyse linéaire pour un rétrécissement de l'urèthre*, par le docteur Pasquier, membre correspondant, Lille, 1889; — Le *Bulletin de la Société de médecine d'Angers*, 16e année, 2e sem., 1889; — Une brochure intitulée : *De l'ozone*, aperçu physiologique et thérapeutique, par le docteur Donatien Labbé, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1889; — Un volume intitulé : *L'atonie intestinale et ses complications*, par le docteur Malibran; — Une circulaire invitant la Société à participer au Congrès international du commerce et de l'industrie, qui se tiendra à Paris du 22 au 28 septembre.

*Correspondance manuscrite.* — Lettres de MM. Perrin et Pellier s'excusant de ne pouvoir assister à la séance; M. Perrin remercie en même temps la Société des marques de sympathie qu'elle lui a témoignées; — Lettre de M. le docteur Dobieszewski, remerciant la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

— M. Budin : Messieurs, je présente à la Société un volume de *Leçons de clinique obsté-*

*tricale* qui vient de paraître. Il renferme des leçons faites en 1887-1888 à la Clinique de la Faculté. Dans une première sont exposés les résultats obtenus pour l'instruction des étudiants. Grâce à l'appui de M. Brouardel, j'avais pu organiser l'enseignement de telle sorte qu'aucun accouchement ne se trouvait perdu pour les élèves qui étaient nuit et jour dirigés par des moniteurs. On y trouve une série de leçons faites suivant les occasions de la clinique : sur les hémorrhoïdes pendant la grossesse et l'accouchement, sur l'emploi du chloroforme en obstétriques, sur les renseignements si nombreux que fournit le toucher vaginal, sur les soins à donner aux nouveau-nés en état de faiblesse congénitale, sur les difficultés de l'allaitement, sur la pathogénie des abcès du sein, sur l'extraction de la tête venant la dernière dans les bassins rétrécis, etc., etc. J'avais l'habitude de faire au tableau des figures avec des crayons de couleur pour rendre plus claires les démonstrations; ces figures ont été reproduites en grand nombre au milieu du texte, et elles pourront, je l'espère, permettre de mieux suivre la lecture des différentes leçons.

— M. Trousseau lit une note sur le *traitement des granulations au* IIe *siècle, d'après les cachets d'oculistes romains.* (Sera publiée.)

M. Collineau : Il y eut dans les armées romaines, arrivant sous un ciel inclément, de véritables épidémies d'ophthalmies, et l'on comprend qu'il reste tant de vestiges des médications alors en usage.

M. Abadie : J'aurais été très désireux que M. Trousseau pût nous renseigner sur le mode d'application des collyres à l'époque dont il nous a parlé. Il n'y a pas très longtemps que l'on retourne systématiquement les paupières pour s'assurer de l'état de la conjonctive et appliquer directement les solutions caustiques à la surface de la muqueuse sans toucher à la cornée. C'est même là un très grand progrès thérapeutique, car il y a une grande différence entre les résultats obtenus dans le traitement de la conjonctivite granuleuse, par exemple, selon que l'on se contente d'instiller un collyre ou selon qu'on l'applique directement à la surface de la conjonctive palpébrale, les paupières étant retournées. Peut-être cette pratique était-elle connue des anciens, mais elle avait dû tomber dans l'oubli, car ce n'est guère que depuis Velpeau, Sichel, Desmarres qu'on a commencé à bien différencier les maladies externes de l'œil. Au lieu de les englober sous la dénomination commune d'ophthalmie scrofuleuse, on les a séparées en conjonctivites, kératites, etc. A ce moment, on a supprimé les pommades et collyres introduits indistinctement dans l'œil pour appliquer des topiques à la surface de la conjonctive après avoir, au préalable, retourné les paupières.

M. Trousseau : Il est probable que, vers le IIe siècle, les ophthalmologistes avaient perdu du terrain, et pratiquaient moins bien que ne l'avaient fait les Egyptiens. On voit dans les livres de Galien qu'il est recommandé, dans les cas de granulations, de retourner les paupières et de scarifier. Il y a eu certainement, chez les Egyptiens, une période de diagnostic précis et de traitement rationnel, mais ces données ont dû se perdre chez les Romains, dont les médecins étaient des affranchis, généralement peu instruits.

M. Duroziez, à propos des observations faites par M. Abadie, veut rappeler que c'est Velpeau qui, l'un des premiers, a su porter quelque précision dans le diagnostic; dans sa clinique, il n'était pas question d'ophthalmies; mais il savait distinguer les conjonctivites, kératites, etc.

— M. Duroziez communique un mémoire sur le *cœur hystérique.* (Sera publié.)

— M. Bouloumié fait une communication sur l'*arthritisme aux eaux de Vittel.*

— La séance est levée à six heures.

---

## NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Nécrologie. — La Faculté de médecine de l'Université de Vienne vient encore de faire une perte importante par la mort d'un de ses membres les plus distingués, M. le profes-

seur Breisky. M. Breisky était un des représentants les plus connus de la gynécologie autrichienne, branche de la science qu'il cultivait de préférence, en y appliquant systématiquement les méthodes antiseptiques. Sa réputation s'était répandue dans toute l'Europe et même dans les pays d'outre-mer (Amérique et même Australie).

Né à Klattau (Bohême), en 1832, il étudia d'abord à Prague, où il eut pour maîtres Treitz et Seyfert. Reçu docteur en 1855, il exerça d'abord la médecine à Salzbourg, à Berne et à Prague avant de venir occuper une chaire à Vienne. Il fut nommé professeur d'obstétrique et de gynécologie, en 1866-1867 à Salzbourg, en 1867-1874, à Berne, en 1874, à Prague.

On doit à Breisky des travaux importants, dont nous ne citons que les principaux : « Ueber den Einfluss der Kyphose auf die Beckengestalt »; in *Med. Jahrb.*, Wien, 1865. « Ueber die Behandhung der puerperalen Blutungen », in *Sammlung Klinische Vortræge*, Leipzig, n° 14 (Gyn. n° 5), p. 87-112, 1871. « Die Krankheiten der Vagina », in *Pitha und Billroth's Chirurgie*, Stuttgart, 1879.

Ce gynécologiste a publié, en outre, un grand nombre de mémoires dans le *Med. Jahrb.*, le *Prager Vierteljahrsschrift für prat. Heilk.*, les *Volkmann's Klin. Vortræge*, la *Wiener Med. Wochenschrift*, le *Zeischrift für Heilkunde*, suite du *Prager Viertelj.*, le *Centralblatt für Gynœkologie*, etc., etc.

MARCEL B.

## COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de la PENTECÔTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas Mardi 11 juin 1889.

HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS. — *Arrêté ministériel du 24 mai 1889.* — Il est institué un concours pour l'admissibilité aux emplois de médecins adjoints de la clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts.

Les candidats devront être Français et pourvus du diplôme de docteur d'une des Facultés de médecine de l'Etat. Ils ne devront pas être âgés de plus de trente-cinq ans au jour de l'ouverture du concours.

Ils adresseront leur demande, un mois au moins avant l'ouverture du concours, au ministre de l'Intérieur qui leur fera connaître si elle est agréée et s'ils sont admis à prendre part au concours. Cette demande sera accompagnée : 1° de l'acte de naissance du postulant; 2° de ses diplômes; 3° de ses états de services et notamment des certificats établissant que le postulant aurait été attaché, à un titre quelconque, soit à un hôpital, soit à un établissement consacré aux maladies des yeux; 4° enfin, d'un exemplaire de sa thèse et des publications scientifiques dont il serait l'auteur.

Les candidats devront, en outre, prendre dans leur demande l'engagement : 1° de consacrer, au service de la Clinique nationale ophthalmologique, le temps de présence régulière que comporte la fonction de médecin adjoint; 2° de se conformer aux dispositions de l'article 3 de l'arrêté du 10 août 1888, portant réorganisation du personnel médical de la Clinique nationale, lequel est ainsi conçu : « Les médecins et les médecins adjoints ne pourront avoir la direction ni être intéressés dans la gestion d'une clinique particulière. »

Le jury chargé de tenir le concours et d'en juger les résultats sera composé de cinq médecins spécialistes pour les maladies des yeux, dont l'un sera nécessairement choisi parmi les médecins de la Clinique nationale ophthalmologique, ces médecins seront désignés par le ministre de l'Intérieur ainsi que le président du jury.

Les épreuves du concours sont au nombre de quatre :

1° Une composition écrite sur un sujet d'anatomie et de pathologie oculaires. Il sera accordé deux heures pour traiter le sujet;

2° Une épreuve clinique portant sur deux malades. Il sera accordé trente minutes pour l'examen des malades; vingt minutes d'exposition;

3° Une épreuve opératoire sur un animal ou un cadavre;

4° Un exposé par le candidat de ses titres et de ses travaux scientifiques. Il sera accordé vingt minutes pour cet exposé.

Tout candidat, nommé à un emploi de médecin adjoint de la clinique ophthalmologique, ne le sera désormais qu'à titre provisoire et devra accomplir, avant sa titularisation définitive, un stage de six mois à l'expiration duquel le directeur de l'Hospice national, dans un rapport, accompagné de l'avis motivé des deux médecins de la clinique, rendra compte au ministre de la façon dont le médecin adjoint stagiaire se sera acquitté de son service depuis son entrée en fonctions.

Le prochain concours aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août prochain.

Asiles publics d'aliénés. — Par arrêté du ministre de l'intérieur du 2 mars 1889.

M. le docteur Donnet, directeur-médecin de l'asile de Vaucluse, a été mis en disponibilité sur sa demande;

M. le docteur Boudrie, directeur-médecin de l'asile de Bassens, a été nommé directeur-médecin de l'asile de Vaucluse (maintenu dans la 3e classe);

M. le docteur Dumoz, directeur-médecin de l'asile de Dijon, a été nommé directeur de l'asile de Bassens (maintenu dans la 1re classe);

Les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (Var) ont été disjointes);

M. le docteur Chambard, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, a été nommé médecin en chef de l'asile de Pierrefeu (compris dans la 3e classe).

Par arrêté du 6 avril 1889 :

M. le docteur Gallopain, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu, a été nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Fains (Meuse) [maintenu dans la 3e classe];

M. le docteur Garnier, directeur-médecin de l'asile de la Charité, a été nommé aux mêmes fonctions à l'asile de Dijon (maintenu dans la 3e classe);

M. le docteur Faucher, directeur-médecin de l'asile de Naugeat (Haute-Vienne), a été nommé aux mêmes fonctions à l'asile de la Charité (maintenu dans la classe exceptionnelle);

M. le docteur Doursont, directeur-médecin de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), a été nommé aux mêmes fonctions à l'asile Naugeat (maintenu dans la 3e classe).

Par arrêté du 9 avril 1889 :

M. le docteur Paté, directeur de l'asile de Ville-Evrard, a été nommé directeur de l'asile de Pierrefeu (maintenu dans la 3e classe).

M. Balet a été nommé directeur de l'asile de Ville-Evrard (compris dans la 3e classe).

Par arrêté du 14 avril 1889, M. le docteur Kéraval, médecin adjoint des asiles de la Seine, en disponibilité, a été nommé médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard (rétabli dans la classe exceptionnelle).

Par arrêté du 17 avril 1889, M. le docteur Jules Sizaret, interne à l'asile public de Maréville (Meurthe-et-Moselle), déclaré admissible au concours du 26 décembre 1888, à Nancy, a été nommé médecin adjoint à l'asile public de Châlons (2e classe).

École de médecine de Toulouse. — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Labat, professeur de clinique obstétricale et gynécologie.

M. Secheyron, suppléant, est chargé du cours de clinique obstétricale et gynécologie.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## Hôpital Saint-Louis — M. le professeur FOURNIER.

### De l'hérédo-syphilis.

(2e *Leçon.*)

Messieurs,

Dans la dernière leçon, je vous ai démontré que l'hérédo-syphilis pouvait s'exercer soit par l'intervention des deux géniteurs réunis, soit par celle de la mère seule. Aujourd'hui nous allons examiner cette question : L'hérédo-syphilis peut-elle s'exercer du père à l'enfant? Jusqu'à une époque relativement récente tout le monde admettait la réalité de cette transmission, et Cazenave avait même dit qu'elle était la plus active et la plus fréquente.

C'est depuis 1851 seulement qu'apparaissent les travaux tendant à restreindre le rôle de l'hérédité paternelle. On refusa bientôt toute valeur aux observations recueillies auparavant, et l'on arriva à dire que l'hérédo-syphilis venant du père était rare, exceptionnelle; peu à peu on la regarda même comme impossible. On arriva à écrire : l'influence du père est nulle dans la vérole et l'enfant d'un père syphilitique naît sain et reste sain.

## FEUILLETON

### SALON DE 1889.

Le tableau de M. ZORN n'est pas la seule toile de valeur qu'aient envoyée les étrangers. M. COHEN (de New-York) a, dans *La Lecture*, peint deux femmes dont l'une lit tandis que l'autre s'arrête de travailler pour l'écouter. Peut-être y a-t-il là un effet de lumière un peu cru? C'est aussi une recherche de lumière véritablement trop singulière que nous trouvons dans l'envoi de M. W. DODGE : *La Femme au soleil* et, du reste, cette année, M. BÉNARD peut se féliciter, il a fait école. M. DAVID-NILLET nous représente une vieille femme éclairée par le feu, et M. ROSSET-GRANGER une femme nue assise sur un lit qui reçoit par en bas le reflet du foyer, et qui, malgré l'écran qu'elle tient de la main droite et les pincettes que soutient la main gauche placée pudiquement, ne nous persuadera jamais qu'elle ait bien chaud. C'est à peine si *La Coquetterie* de M. Bénard atteint à l'étrangeté de ces deux toiles, étrangeté bien cherchée du reste et que les peintres de talent que nous venons de citer feraient mieux de négliger davantage.

Nous avons encore à citer parmi les envois étrangers : *Le Gamin aux bluets* de Mlle Louise BRESLAU, qui fait d'autant plus d'effet par sa laideur spirituelle qu'il est placé à côté d'une des plus charmantes toiles de M. Chaplin; *Une Lettre d'Islande* par

C'est là, Messieurs, je ne saurais trop le répéter, une doctrine erronée, entièrement fausse. Et il ne s'agit pas ici d'une discussion purement théorique, car cette erreur peut être féconde en résultats considérables, en conséquences graves. Une de ces dernières est, en effet, que l'on peut permettre le mariage à un syphilitique qui, dans le cas contraire, est arrêté par la crainte que ses enfants ne naissent pourris, selon l'expression employée.

Cette erreur dangereuse que je dois réfuter en règle est une erreur à un double titre : parce que les considérations sur lesquelles elle repose ne sont pas démontrées, parce qu'elles sont contredites par des témoignages opposés.

Examinons donc en détails les arguments apportés par ceux qui admettent que le père ne peut transmettre la syphilis à son enfant.

En premier lieu ils disent : il y a une disproportion manifeste entre le nombre des maris syphilitiques et celui des enfants qui naissent atteints de la vérole; le nombre des hommes syphilitiques est considérable, celui des enfants l'est fort peu. Oui, cela est vrai, il y a beaucoup moins d'enfants frappés que de pères malades; mais que peut-on conclure de cette constatation ? Simplement que l'hérédité syphilitique ne s'exerce pas dans tous les cas où elle pourrait s'exercer, qu'elle est plus ou moins rare. On ne peut pas conclure de là qu'elle n'existe pas.

Le deuxième argument invoqué par nos contradicteurs est celui-ci : maintes fois un père syphilitique marié à une femme saine engendre des enfants sains. Cela est encore un fait vrai. Oui, certes, on a vu des hommes syphilitiques procréer des enfants sains; oui, on a vu des pères qui certainement n'étaient pas guéris de leur vérole avoir des enfants bien portants. Mais quelle conclusion tirer? Que l'hérédo-syphilis paternelle n'est pas possible? Loin de là; simplement que la syphilis n'est pas fatalement transmissible, voilà tout. Ce sont là des faits négatifs. Et un fait négatif n'a jamais qu'une valeur restreinte, et signifie simplement que tel phénomène ne s'est pas produit dans telle ou telle circonstance. Tous les faits négatifs

---

Mlle Dora Hitz, qui nous montre deux vieillards recevant les larmes aux yeux des nouvelles du pêcheur; enfin et surtout *Le Combat de coqs en Flandre* de M. Rémy Cogghe. Au premier plan, deux coqs se battent dans une arène que jonchent déjà les plumes multicolores; penchés les uns sur les autres, se bousculant, pressés, les propriétaires et les parieurs suivent avec anxiété les péripéties de la lutte; les expressions diverses des têtes sont finement rendues. En visitant, en même temps que le Salon, l'Exposition du Champ de Mars, on pourra se rendre compte d'une façon très suffisante du mouvement artistique de l'étranger que beaucoup de nos peintres gagneraient à suivre de plus près.

La peinture historique n'a guère inspiré de grandes œuvres au Salon de cette année. On ne peut guère, en effet, regarder comme s'y rapportant la toile de M. Rochegrosse : *Le Bal des Ardents.* Tandis qu'à gauche les seigneurs de la cour de la reine Isabeau, revêtus d'une toile couverte de poix et d'étoupes commencent à brûler dans leurs vêtements, la jeune duchesse de Berry enveloppe de sa robe le petit roi, qu'elle garantit des étincelles; la foule du bal reflue vers la droite. M. Rochegrosse pouvait facilement peindre des figures très mouvementées; il n'a fait qu'un petit tableau anecdotique. Ce n'est aussi que de l'anecdote le *Louis XIV aux Dunes* de M. Tattegrain : Le jeune roi, escorté d'une suite nombreuse et environné de loqueteux, vient sur le champ de bataille quelques jours après la lutte; tandis que son cheval renâcle devant les cadavres que le vent a découverts, il se bouche le nez pour se préserver de l'odeur; un trop grand tableau pour une petite scène.

du monde ne peuvent aller contre un fait positif, et c'est là le cas de rappeler l'adage bien connu. Donc on ne peut, en s'appuyant sur cet argument, conclure que l'hérédo-syphilis paternelle n'existe pas.

Le sperme des sujets syphilitiques n'est pas inoculable aux sujets sains; tel est le troisième argument que nous ayons à discuter. Comme les précédents, il affirme un fait vrai et on peut s'appuyer, pour établir cette vérité, sur deux ordres de preuves. Il en est d'abord d'indirectes. Si le sperme transmettait la maladie, nous assisterions à un spectacle lamentable, tout le monde serait envahi, toutes les femmes contaminées par les syphilitiques qui ne s'astreindraient pas à se priver de rapports sexuels. D'autre part si l'inoculabilité existait, il y aurait un grand nombre de femmes mariées qui prendraient la vérole dès le début du mariage; au contraire, nous savons que cette transmission ne se réalise pas, à moins que le mari ne présente des accidents exsudatifs ou suppuratifs.

Il existe encore des preuves directes de la non-inoculabilité du sperme, car Mireur et bien d'autres ont fait des expériences nombreuses, et toutes leurs inoculations sont restées stériles.

De tout cela on peut conclure que le sperme n'est pas inoculable. Peut-on en conclure que, puisqu'il n'est pas contagieux par inoculation, il ne peut contaminer l'ovule? Non, absolument non, car il y a une immense différence entre les effets que le sperme peut exercer sur l'organisme quand on l'introduit sous la peau et ceux qu'il peut exercer sur l'ovule. Dans ce dernier cas, il donne la vie, il transmet des aptitudes physiologiques et pathologiques, des caractères d'espèce, de race, d'individu, il rend l'enfant si ressemblant à son père que cette ressemblance va parfois jusqu'au son de la voix. L'imprégnation de l'ovule par le sperme est un phénomène absolument spécial et on ne peut comparer en aucune façon l'imprégnation à l'inoculation. Comment le sperme transmet-il la ressemblance, on ne le sait pas, mais le fait est absolument prouvé. Fécondation et inoculation ne peuvent être mises en parallèle, et le sperme peut ne pas être inoculable et cependant transmettre la syphilis à l'ovule.

---

La toile de M. J.-P. Laurens : *Hommes du Saint-Office*, nous éloigne un peu des scènes mouvementées et effrayantes chères à ce peintre de talent. Les terribles inquisiteurs se bornent à consulter des papiers poudreux dont ils tireront sans doute des motifs à condamnations terribles. N'étaient le cadre de l'action et les costumes des acteurs, on dirait de bons bureaucrates surveillés par un chef de bureau tâtillon. Qu'on se garde de prendre cela en mauvaise part, car l'expression des figures est fort belle et la lumière judicieusement disposée.

Nous avons naturellement à signaler les *Fêtes de la Fédération*; c'était inévitable. Dans le grand vestibule se trouve la meilleure, celle de M. Martin. A droite de l'immense toile se placent les nobles groupés au premier plan, derrière eux est assemblé le tiers Etat; à gauche s'avance l'armée. Près de l'autel, dont le pied est environné de jeunes filles, se trouvent La Fayette et l'évêque d'Autun. La composition vue dans son ensemble est bien groupée; malheureusement elle est grise comme dans tous les tableaux de ce genre, et bien qu'il ait beaucoup plu à la *Fête de la Fédération*, il nous semble qu'on aurait pu faire briller davantage les costumes et les uniformes.

Tableaux militaires toujours nombreux. En tête se place celui de M. Moreau de Tours : *En Avant!* épisode de la bataille de Frœschwiller. Le colonel du 96e de ligne, déjà blessé au pied, entraîne ses hommes au combat lorsque, atteint de nouveau, il tombe dans les bras de ses soldats. Chaque année, M. Moreau de Tours progresse et il promet de devenir un de nos meilleurs peintres de bataille.

Il ne reste donc debout aucun des arguments dont nous avons fait l'analyse. Il y a plus, la doctrine que nous combattons est encore renversée par un grand nombre de témoignages d'une authenticité absolue, et la notion de l'hérédité paternelle repose sur un nombre considérable d'observations.

En premier lieu on a souvent vu un enfant d'un père syphilitique et d'une mère saine naître syphilitique. Il y a quelque temps, je m'étais donné la peine de réunir une centaine de ces faits que j'avais empruntés en partie à Ricord, Trousseau, Diday, Hutchinson et bien d'autres médecins aussi éminents; moi-même en ai relevé un certain nombre, et vous trouverez toutes ces observations réunies dans la thèse d'un de mes élèves, le docteur Riocreux.

Je veux vous citer quelques exemples : Il y a quelques jours, dans le service, nous examinions un ménage qui avait eu deux enfants, dont le deuxième, seul vivant, présentait des accidents manifestes; la mère était saine et le père avait eu la syphilis deux ans avant le mariage.

Un jeune homme attrape la vérole et ne se soigne pas. Il se marie et devient cinq fois père; trois fois la jeune femme avorte d'enfants syphilitiques, deux fois elle a des enfants vivants, mais syphilitiques. Malgré cela l'examen le plus minutieux, fréquemment répété, la trouve toujours saine.

Dans un cas d'Hutchinson un médecin syphilitique, qui s'était mal traité, se marie; sa femme, qui reste saine et qu'il surveille bien, a onze grossesses : deux enfants sont mort-nés, deux naissent syphilitiques et meurent, sept survivent, trois syphilitiques.

Quatre grossesses se produisent successivement dans un jeune ménage; trois se terminent par avortement, la quatrième par la naissance d'un enfant syphilitique qui infecte sa nourrice; le père avait été atteint un an avant le mariage; la mère, que j'ai suivie avec le plus grand soin, est toujours restée saine.

Un dernier cas. Une femme saine dont le mari est syphilitique a onze grossesses. Les sept premières se terminent par avortement, les quatre dernières par la naissance d'enfants syphilitiques.

---

M. Beauquesne nous montre un *Episode du combat de Beaune-la-Rolande* : une pièce prussienne est prise par le capitaine Brugère à la tête de quelques lanciers. Nous aimons mieux *La Mort du lieutenant Watrin à Bazeilles*, par M. Sergent, au moment où les derniers survivants de la lutte héroïque tentent une sortie désespérée contre les Bavarois qui les entourent; le groupe principal au pied de l'escalier de la petite maison que défendaient nos soldats est fort bien campé et les attitudes naturelles, quoique très violentes. Notons encore *Le Combat de Mouzon* de M. Claris, où une dernière pièce de canon est servie par des artilleurs improvisés; les mouvements sont bien, mais malheureusement la couleur un peu grise. *Le Général Margueritte au plateau de Floing*, par M. Gobette, belle scène, mais dont la composition est un peu confuse; et enfin *La Mort de Sauveur*, le héros breton républicain, par M. Dupain : tandis que ce malheureux embrasse le pied d'un calvaire, une foule en fureur se jette sur lui et le perce de coups.

Les portraitistes sont toujours nombreux, et nous avons déjà un peu parlé d'eux, les médecins leur ayant fourni de nombreux sujets. Nous tenons cependant à donner tous les éloges qui leur reviennent aux deux jeunes garçons peints par M. Carolus-Duran, costumes et chairs tout est aussi bien traité, et on retrouve là le maître que l'on est si heureux d'admirer. Un seul *Général Boulanger* de M. Rondel, et encore est-il en veston en train de dépouiller son courrier. Il y a loin de ce modeste portrait aux apothéoses d'antan; il est vrai qu'un obus placé sur la table est sans doute là comme un avertissement, à moins que ce ne soit un vulgaire presse-papier.

D'après ces observations, il semble démontré que le père peut transmettre la syphilis à son enfant. On a cependant fait des objections; la femme n'était pas suffisamment examinée, a-t-on dit. Je reconnais que l'on peut se tromper une fois, deux fois, dix fois même, mais il me paraît impossible d'admettre qu'un médecin expérimenté se trompe constamment. Il n'est guère possible de faire une objection de cette sorte à des hommes aussi expérimentés que Ricord, Hutchinson et tant d'autres qui ont recueilli les observations dont je vous parlais tout à l'heure. La syphilis a été attentivement cherchée, a été cherchée avec l'intention, le désir de la trouver; si on ne l'a pas rencontrée, c'est qu'elle n'existait pas.

Une nouvelle preuve de l'hérédo-syphilis d'origine paternelle est la fréquence des avortements dans les familles où le mari est syphilitique. On peut voir se produire sous l'influence de cette cause des séries d'avortements qui ont lieu à chaque grossesse et peuvent survenir quatre, cinq, huit fois de suite. C'est là un fait banal et les exemples en sont fort nombreux.

Un jeune homme se marie avec une jeune fille saine; quatre grossesses, quatre avortements. Dans un autre cas, il y a six grossesses et autant d'avortements.

J'ai cherché à me rendre compte de la fréquence des avortements quand la femme est saine et le mari syphilitique. Cent trois grossesses m'ont donné quarante et un avortements, ce qui fait, en pourcentant, 39 p. 100. Ainsi donc, un ménage dont le mari est syphilitique a 39 chances sur 100 pour avoir des avortements. Or, ces éléments de calcul sont empruntés à la clientèle bourgeoise, en un un milieu où les fatigues du travail sont aussi rares que celles de la débauche; dans des conditions de vie opposées, le chiffre serait sans doute bien plus considérable, surtout quand il y a en même temps, comme cela se voit souvent, des affections utérines.

Il est instructif de comparer ce qui se passe dans un ménage quand le mari devient syphilitique lorsqu'il a déjà des enfants et que de nouvelles grossesses se produisent quand le géniteur est malade.

---

M^lle^ Godin, à qui le jury a décerné une 3^e^ médaille, a exposé un portrait de jeune fille dont la figure et le costume de satin noir sont fort bien traités, cependant les mains gagneraient à avoir un dessin plus correct. Non loin nous signalons une figure de femme par M^me^ V. Guillaume qui peint d'une fort jolie couleur. Le portrait de M. Allard par M. Cormon, celui de M^me^ Carnot par M^me^ Beaury-Saurel sont très regardés. M^me^ Carnot est représentée de profil, assise dans un grand fauteuil; sa robe violette se détache d'une façon agréable sur un fond rouge éteint. Les dernières œuvres de Cabanel sont les portraits d'une jeune femme en blanc et d'une dame déjà âgée; on y retrouve toutes les qualités du maître qui n'est plus. M. Benjamin Constant, dont nous avons déjà parlé, nous montre encore cette année le joli profil de M^me^ F. D..., dont la robe rose décolletée s'enlève sur un fond d'or. M. Béraud a réuni toute la *Rédaction du Journal des Débats* dans une petite toile dont les personnages sont fort bien groupés; il était vraiment difficile d'animer cette réunion de littérateurs tous en redingote noire, le peintre y est heureusement parvenu. Bien jolies les deux toiles de M. Van Beers : la tête de M. Rochefort, éclairée par reflet, est absolument parlante, et, quand à Mistress Potter, elle est tout uniment adorable. C'est encore dans les portraits que nous devons ranger les deux envois de M. Toulmouche; nous aimons surtout la jeune femme blonde vêtue d'un long peignoir qu'il nous montre rattachant ses cheveux devant sa psyché; les bras sont relevés d'un mouvement excessivement gracieux.

Terminons en signalant la jolie toile de M. Croegaert intitulée : *Confidence*; les étoffes dont il a habillé ses deux femmes sont d'un effet étonnant; lorsque M. Croegaert

Un homme sain de ma clientèle épouse une femme saine; surviennent quatre grossesses suivies de la naissance de quatre beaux enfants. Bientôt le mari, à la suite d'une escapade extra-conjugale, attrape la syphilis. Trois grossesses se produisent, trois se terminent par avortement, et à la suite de la dernière il naît un enfant syphilitique. Ainsi, dans le même ménage, trois beaux enfants avant la vérole du père; après, trois avortements et un enfant syphilitique. Après cela, pour employer une expression vulgaire, il faut tirer l'échelle.

On peut donc regarder comme un argument démonstratif en faveur de l'hérédo-syphilis d'origine paternelle, la fréquence des avortements quand le père est syphilitique.

Enfin, une nouvelle preuve est fournie par les résultats du traitement dans ces cas; quand ce dernier est convenablement appliqué, on arrive à interrompre la série des avortements.

Un cas, entre 100, tiré de ma pratique privée. Etant jeune docteur, je rencontrai un jour un de mes camarades de collège qui se plaignit à moi de ce que sa femme avait avorté dans les quatre grossesses qu'elle avait eues depuis son mariage; il attribuait ces avortements successifs à la mauvaise constitution de la jeune femme. Je lui fis alors remarquer qu'il avait eu autrefois, au quartier, une belle vérole qu'il n'avait que peu ou pas traitée, et que ce pouvait bien être lui le coupable. Je lui recommandai de se soigner convenablement. Il suivit mon conseil, se traita pendant quinze mois, et des quatre grossesses qui survinrent alors, il résulta la naissance d'un garçon et de trois filles actuellement vivants et bien portants.

Ainsi donc, quatre grossesses avant le traitement se terminent par avortement et quatre après le traitement arrivent à terme. C'est là un fait commun, banal, dont je pourrais vous citer beaucoup d'autres exemples, et dont on peut conclure que l'affection paternelle était la cause des avortements.

La syphilis conceptionnelle me fournira un dernier argument en faveur de ma thèse. On sait que la mère peut être infectée par l'enfant qu'elle porte dans son sein, mais que c'est là une syphilis décapitée, sans chancre,

---

aura le courage de sacrifier un peu plus les détails, il deviendra un des plus habiles portraitistes.

Si le fini des détails poussé un peu à l'extrême peut encore se supporter dans les portraits ou les petits tableaux de genre, il n'en est pas de même dans le paysage, et du reste, ainsi que le fait remarquer un de nos critiques d'art les plus éminents, M. Georges Lafenestre, un grand nombre des œuvres des paysagistes actuels se distinguent par la pondération des ordonnances, la disposition nette des plans, la simplification des détails, la franchise large de l'action lumineuse, le parti pris des belles masses. M. Lafenestre cite, avec des éloges auxquels nous ne pouvons que nous associer, le *Commencement de crue sur la Loire*, de M. Busson, qui est certainement le meilleur paysage du Salon. *Le Printemps à Montigny-sur-Loing*, de M. Boucher, rend d'une façon fort agréable l'aspect charmant des pommiers en fleurs. *Dans la lande*, de M. Dainville, est d'un assez joli effet, bien que le bouquet d'arbres de fond du tableau sont un peu trop symétrique. Notons encore *L'Yvette dans la vallée de Vaulx-de-Cernay*, par M. Albert Vallet; *Le Matin dans les prés de Perrouse*, par M. Pelouse; *La Giboulée en Sologne*, par M. Damoye, qui exprime fort bien la vague étendue des plaines, l'auteur ferait sans doute un fort bon peintre de la mer dans son calme. C'est qu'en effet la plate Sologne rappelle par ses horizons lointains ceux que l'on voit sur le bord des grèves; malgré tout, la plaine n'aura jamais l'infini variété de la mer qui tente chaque année tant de peintres, mais se rit si souvent de leurs efforts.

Dr Noreck.

sans tuméfactions ganglionnaires primitives et dont les accidents sont d'emblée secondaires. Dans ces cas, le père est syphilitique, l'enfant le devient sans que la mère soit malade; cette dernière est infectée secondairement.

Quelle explication donner de ces faits? On n'en sait rien. Mais il est évident que l'enfant ne peut tenir la syphilis que de son père, puisque la mère était d'abord saine.

La syphilis conceptionnelle est donc encore un argument en faveur de l'hérédité paternelle.

Je me résume: quatre ordres d'arguments militent en faveur de l'hérédo-syphilis paternelle :

1° Les preuves tirées des observations cliniques;

2° La fréquence extrême des avortements quand le père est syphilitique;

3° La possibilité d'arrêter la série des avortements par le traitement du père;

4° La syphilis conceptionnelle.

L'étude de ces arguments nous permet d'arriver à la certitude et de dire que l'hérédo-syphilis d'origine paternelle est une vérité clinique incontestable.

Cependant des médecins éminents, Cullerier par exemple, ont méconnu ce fait que nous regardons comme prouvé, et il nous faut chercher les causes de leur erreur.

Ces causes sont de deux sortes et forment en réalité deux chapitres de l'histoire de la syphilis paternelle.

On a dit d'abord qu'elle était loin de s'exercer dans tous les cas où elle devrait entrer en action, qu'il existe un grand nombre de cas négatifs, et que, bien souvent, un homme syphilitique ne produit pas un enfant syphilitique. Cela est parfaitement vrai et il est évident que beaucoup de pères malades ont des enfants sains; les observations sont très communes et j'ai pu en réunir 87 en quelques années. Il y a plus. Ces enfants sains naissent-ils seulement quand leur père est guéri? Pas du tout et des hommes en puissance de syphilis peuvent avoir des enfants bien portants. Les observations sont nombreuses où on voit des pères dont les enfants sont nés en bon état avoir ensuite des accidents de syphilis tertiaire.

Un de mes clients, syphilitique traité, est marié et père de six enfants dont la mère reste saine. Après la naissance du troisième, il a une syphilide tuberculeuse du thorax; après celle du cinquième, une gomme palatine.

Ce n'est pas tout. Des hommes peuvent avoir des enfants sains, alors qu'ils sont en pleine période secondaire, et Cullerier a cité des faits que l'on trouverait invraisemblables, si ce n'était pas lui qui les eût recueillis.

Un jeune homme se marie six mois après avoir attrapé la syphilis et malgré les plus pressants conseils; il a des accidents secondaires intenses; sa femme devient enceinte et met au monde un enfant bien portant qui, dix ans plus tard, n'avait présenté encore aucune manifestation suspecte.

Un homme de 25 ans a un chancre et ne se traite pas; au moment des accidents secondaires, il se soigne pendant un peu moins d'un mois, puis se marie; sa femme devient enceinte aussitôt et neuf mois plus tard elle a un enfant vigoureux que l'on a pu suivre pendant huit ans sans qu'il présente d'accident.

Laissez-moi vous citer encore un troisième fait qui est dû à Maurice Reynaud. Un homme marié devient syphilitique et s'abstient de rapports

avec sa femme pendant plusieurs mois; un jour il s'oublie en pleine période secondaire, présentant des plaques muqueuses buccales, etc. Un enfant sain, qui reste sain, naît neuf mois plus tard.

De tels faits ne seraient pas signés de noms recommandables qu'on les nierait.

Il en résulte que l'hérédo-syphilis ne s'exerce pas dans tous les cas où elle devrait s'exercer. Pourquoi? Nous n'en savons rien.

Un deuxième point très curieux, qui contribue à expliquer l'erreur de ceux qui avaient nié l'hérédo-syphilis paternelle, est le suivant : L'hérédité paternelle se traduit bien moins souvent par des accidents nettement syphilitiques que par des accidents d'un autre ordre que l'on ne songe pas à rattacher à la diathèse. Les enfants d'un père syphilitique qui sont syphilitiques eux-mêmes constituent l'exception. Le plus souvent la vérole se traduit par des avortements, des accouchements prématurés, par la cachexie infantile, la débilité native, la consomption sans cause, des accidents cérébraux, des convulsions. Ces faits sont très fréquents et on peut même les regarder comme constituant la règle.

J'ai réuni 103 cas de grossesses survenues dans des ménages où le père était syphilitique et la mère saine. Ils m'ont donné les chiffres suivants : 19 enfants syphilitiques, 41 avortements, 43 cas de morts peu après la naissance. En pourcentant, on a 18 p. 100 de syphilis chez les enfants, 81 p. 100 de morts de l'enfant. On ne se rend pas habituellement un compte exact de la faible proportion des enfants syphilitiques.

Il y aurait peut-être à déduire quelques cas, des femmes pouvant avorter sans syphilis et des enfants pouvant mourir de débilité infantile en dehors de la syphilis du père. Mais il reste toujours un grand point : la syphilis du père se traduisant bien plus souvent par la mort de l'enfant que par des accidents syphilitiques. La syphilis paternelle tue l'enfant bien plus souvent qu'elle ne lui transmet la syphilis ; ce qu'elle transmet, c'est l'inaptitude à la vie.

Donc l'erreur des médecins qui nient la syphilis infantile tient à ces deux raisons : la syphilis n'est pas transmise dans tous les cas où le père est syphilitique, la syphilis héréditaire se traduit rarement par la naissance d'enfants syphilitiques.

Il était important de réfuter cette erreur qui est nuisible pour les enfants et pour les mères; pour les enfants nous avons vu comment, pour les mères en ce qu'elle les expose à la syphilis conceptionnelle qui est la fille de l'hérédité paternelle.

Un père syphilitique est un danger pour son enfant directement, pour sa femme par l'intermédiaire de son enfant.

L'hérédité paternelle est moins nocive que l'hérédité maternelle ou l'hérédité mixte; mais cette infériorité est bien compensée par la fréquence des cas où elle peut s'exercer. C'est la plus commune, car dans un ménage où il y a un syphilitique, c'est le mari. Sur 500 ménages frappés, 13 fois seulement la femme était atteinte, 487 fois le mari. Les cas où les deux géniteurs sont à la fois syphilitiques sont beaucoup moins nombreux.

Donc, bien que moins nocive en soi, l'hérédité syphilitique du père est de beaucoup la plus redoutable à cause de sa plus grande fréquence.

---

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 juin 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Un lettre de M. Seguin (de New-York) qui se porte candidat au titre de correspondant étranger.

2° Le compte rendu des épidémies et des travaux des Conseils d'hygiène du Morbihan en 1888, par le docteur Fouquet.

3° Un travail du docteur Zannollis sur le traitement de la diphthérie par des applications locales de la poudre d'iodoforme.

4° Une étude sur la fièvre scarlatine, par le docteur Fousart, médecin-major de 1re classe.

5° Un mémoire du docteur Moura, intitulé : *Le pharynx, porte-voix.*

— M. DUMONTPALLIER fait une communication sur le traitement de la métrite chronique. Le chlorure de zinc lui a paru le meilleur modificateur à employer dans cette affection si fréquente. Il l'a employé sous forme de crayons de pâte de Canquoin bien homogènes; la douleur qui se produit peut être très atténuée par une injection de morphine.

M. Dumontpallier a traité avec succès plus de 120 cas de métrite chronique, muco-purulente, pyo-hémorrhagique. Le vagin étant lavé par la liqueur de Van Swieten, on mesure les dimensions de la cavité utérine à l'aide d'une sonde enduite de glycérine et d'iodoforme, puis on place un crayon de la longueur appropriée. Le vagin est de nouveau lavé, puis un tampon est placé dans le cul-de-sac postérieur et un autre iodoformé sur l'orifice du col.

L'hémorrhagie, l'écoulement purulent s'arrêtent presque aussitôt. La douleur peut manquer; habituellement elle se produit sous forme de coliques utérines.

La rétention d'urine est fréquente.

Après vingt-quatre, trente-six heures, la malade perd de la sérosité, puis du muco-pus; l'eschare sort après quatre à treize jours.

Sur 100 cas, M. Dumontpallier n'a eu que 4 inflammations péri-utérines légères. La guérison définitive du quatre-vingt dixième au cent cinquantième jour est survenue dans les 96 autres cas.

Un cathétérisme préventif vingt à vingt-cinq jours après la cautérisation éloigne tout danger d'atrésie du col.

Comme conclusion, on peut admettre que le traitement de l'endométrite chronique au moyen du crayon de chlorure de zinc laissé à demeure dans la cavité utérine, offre de réels avantages, et cela par sa simplicité, son innocuité et la rapidité de la guérison.

— M. G. SÉE fait une communication sur un nouveau diurétique, la lactose. (Sera publiée.)

— M. MOTAIS (d'Angers) lit un mémoire dont voici les conclusions : Si les opinions les plus contradictoires ont été émises jusqu'ici par les ophthalmologistes sur l'influence héréditaire dans la myopie, cela tient au peu de précision des méthodes d'investigation qui ne s'appuient que sur les renseignements pris près des jeunes gens.

J'ai examiné directement les familles de 330 jeunes gens myopes et suis arrivé aux conclusions suivantes :

1° L'influence héréditaire de la myopie est manifeste.....

2° Elle existe dans 216 familles sur 330, soit dans 65 p. 100 des cas.

3° La myopie héréditaire se distingue de la myopie acquise par :

*a*) Son apparition plus précoce ;

*b*) Son développement plus rapide ;

*c*) La moyenne plus élevée de son degré

*d*) Par des complications plus fréquentes et plus étendues.

En somme la myopie héréditaire est plus grave que la myopie acquise.

4° La myopie est, en général, transmise par le père à la fille (86 p. 100) et par la mère au fils (79 p. 100). La myopie héréditaire est donc divisée, au point de vue sexuel.

5° Les principales conditions qui favorisent la transmission héréditaire de la myopie sont :

*a*) Avant tout l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternele;

*b*) L'astigmatisme d'un certain degré (au-dessus de 0,75), 14 p. 100;

*c*) La microsémie (abaissement de la voûte orbitaire), 16 p. 100.

6° La conclusion de la démonstration précise de la myopie héréditaire dans une proportion élevée (6 p. 100) et de sa gravité doit être d'imposer à tous ceux qui dirigent l'éducation des enfants, une hygiène scolaire plus rigoureuse, tant à l'école qu'à la maison paternelle.

Si l'on n'y prend garde, en effet, la myopie acquise ne restant pas individuelle, mais se transmettant aux descendants, le *danger myopique* ne tardera pas à se multiplier ou à s'étendre dans des proportions inquiétantes.

— M. Danion fait une communication intitulée : *Des électro-moteurs consécutifs à l'action voltaïque sur l'organisme.* Les électro-moteurs sont très faibles et atteignent à peine 1/80e ou 1/100e de milliampère à la suite d'intensités portées jusqu'à 100 milliampères.

## VARIÉTÉS

### CONDAMNATION D'UN MÉDECIN A LA SUITE D'UN RAPPORT MÉDICO-LÉGAL DE VALEUR NULLE. — APPEL; ACQUITTEMENT.

Notre collaborateur M. le docteur Stapfer a rapporté, dans le numéro de l'*Union médicale* du 3 janvier dernier, la mésaventure horrible arrivée à un de nos honorables confrères de Liège, M. le docteur Smeets, condamné à quatre ans de prison, 1,000 francs d'amende, et cinq ans d'interdiction de séjour sous l'inculpation d'avortement provoqué. L'accusation se fondait sur une conclusion du rapport que rien dans l'autopsie, comme l'a fait ressortir M. Stapfer, n'autorisait à formuler.

M. Smeets en a appelé de ce jugement, qui a été annulé par la Cour d'appel de Liège. Mais le procureur général a cru devoir se pourvoir de cet arrêt devant la Cour de cassation, qui a rejeté sa demande. M. le docteur Smeets est donc définitivement reconnu innocent.

Le *Scalpel*, journal médical de Liège, se félicite hautement d'avoir, depuis le commencement de cette affaire, soutenu la cause d'un confrère injustement attaqué; l'issue heureuse de ce procès lui donne amplement raison, et nous le félicitons à notre tour d'avoir reconnu dès le début que l'affaire était mal engagée, que la conclusion du rapport médico-légal des experts était erronée, et qu'on ne pouvait condamner un confrère sur d'aussi faibles données. — Dr Ph. L.

## FORMULAIRE

### Collyre contre la conjonctivite herpétique. — De Saint-Germain et Valude.

| | |
|---|---|
| Borate de soude | 0 gr. 15 centigr. |
| Laudanum de Sydenham | V gouttes. |
| Eau distillée | 30 grammes. |

F. s. a. un collyre, pour instillations, chez les enfants, dans la conjonctivite herpétique s'accompagnant de vives douleurs. — N. G.

## INFORMATIONS MÉDICALES

— La Société de médecine de Gand a mis au concours les questions suivantes :

1° Etudier les applications de la méthode antiseptique au traitement des maladies internes.

2° Faire l'exposé historique de la marche du croup en Flandre.

3° Etudier les causes de la mortalité de la première enfance dans les grands centres manufacturiers.

4° Discuter le traitement des tuberculoses osseuses et articulaires.

5° Quelles sont, dans l'état actuel de la science, les indications de l'opération césarienne.

6° Sujet librement choisi. Mémoire sur une question d'anatomie ou de physiologie normale ou pathologique.

Les mémoires, écrits en français, en néerlandais ou en latin, accompagnés d'un billet contenant le nom et l'adresse de l'auteur, doivent être envoyés au secrétaire de la Société, M. H. Leboucq, cacheté, à Gand, avant le 1er juillet.

L'auteur d'un mémoire couronné recevra une médaille d'or de la valeur de 200 fr., 50 exemplaires tirés à part de son mémoire et le titre de membre correspondant.

## COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime, l'intervention frauduleuses des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par arrêté du 24 avril 1889 :

M. le docteur Germain Cortyl, directeur-médecin de l'asile public d'Alençon, a été nommé directeur-médecin de l'asile public de Saint-Venant (Pas-de-Calais) [maintenu à la 2e classe];

M. le docteur Paris, médecin adjoint à l'asile public de Châlons, a été nommé directeur-médecin de l'asile public d'Alençon (compris dans la 3e classe).

— Par décret, en date du 3 mai 1889, M. le docteur Nivard, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — M. le professeur Bouchard reprendra le cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 13 juin.

Comité consultatif d'hygiène publique. — Le Président de la République française,

Sur le rapport du Président du Conseil, ministre de l'Intérieur;

Vu l'article 9 du décret du 30 septembre 1884, instituant le comité consultatif d'hygiène publique de France et un comité de direction des services d'hygiène publique;

Vu le décret, en date du 5 janvier 1889, transportant au ministère de l'Intérieur le service de l'hygiène publique;

Vu le décret en date du 30 septembre 1884, réorganisant le comité consultatif d'hygiène,

Décrète :

Art. 1er. — L'article 9 du décret du 30 septembre est modifié comme suit :

Il est institué près du ministère de l'Intérieur un comité de direction des services de l'hygiène, composé du président du comité consultatif d'hygiène publique, de l'inspecteur général des services sanitaires et du directeur de l'Assistance publique.

Art. 2. — Le nombre des membres du comité consultatif d'hygiène est porté de vingt-quatre à trente-deux.

Le directeur de l'administration départementale et communale est de droit membre du comité.

Sont nommés membres du Comité :

MM. le docteur Cornil, sénateur; le docteur Bourneville, député; Jules Siegfried, député; le docteur A.-J. Martin, secrétaire général du conseil supérieur de l'Assistance publique, auditeur au comité consultatif; le docteur Napias, inspecteur général de l'Assistance publique, secrétaire adjoint du comité consultatif; le docteur Richard, auditeur au comité consultatif; le docteur Bertillon, chef des services statistiques de la ville de Paris.

Art. 3. — Le Président du Conseil, ministre de l'Intérieur, est chargé de l'exécution du présent décret, qui sera inséré au *Bulletin des lois*.

Fait à Paris, le 8 janvier 1889.

Signé : CARNOT.

— Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par la nomination de : MM. Faure, Manclaire, Chipault, Noguez, Delagénière et Roques de Fursac.

DISETTE D'EAU DE SOURCE. — Nous ne sommes pas encore entrés dans la période des chaleurs et déjà Paris manque d'eau de source! C'est ce que nous apprend l'avis suivant qui a été affiché hier dans Paris :

« Service des eaux. — L'eau de source ne suffisant pas aux besoins actuels de la consommation sera remplacée par l'eau de Seine à partir du 25 mai au matin et jusqu'à nouvel ordre dans les parties de la ville ci-après désignées :

13e arrondissement, entier; 14e arrondissement, à l'exception de la zone comprise entre la rue Denfert-Rochereau et l'avenue de Montsouris, à l'est, et le chemin de fer de l'Ouest, les rues du Château, de Vanves et Didot, à l'ouest; 15e arrondissement, entier. 16e arrondissement, toute la pointe située à l'ouest des rues d'Auteuil et Girodet. »

Ainsi, nous avons à peine connu la chaleur, nous avons même plutôt subi jusqu'ici une saison de printemps froide et pluvieuse, et voilà quatre arrondissements de Paris qui, en vertu du fameux roulement que nous avons à redouter chaque année, sont mis au régime de l'eau de rivière, c'est-à-dire qui vont avoir à subir toutes les calamnités inhérentes aux eaux contaminées. Que sera-ce donc en été?

Est-il possible que la santé des Parisiens soit à la merci de quelques journées de chaleurs, quand il n'est plus douteux aujourd'hui que l'eau de rivière constitue le principal véhicule de la fièvre typhoïde? Que devient donc le projet de dérivation des sources de l'Avre qui figure à l'ordre du jour de la Chambre des députés depuis bientôt trois mois, mais dont la discussion menace d'être remise aux calendes grecques?

(*Bull. méd.*)

— Les *Annales médico-chirurgicales* prennent désormais le titre de : *Annales de thérapeutique médico-chirurgicales*, sous la direction scientifique du docteur Constantin Paul. Les communications concernant la rédaction doivent être adressées à M. le docteur L. Duchastelet, rédacteur en chef, 11 *bis*, rue Portalis.

— Un poste médical est actuellement vacant à Madagascar. Pour les renseignements, s'adresser à M. le docteur S. Bernheim, 23, boulevard Saint-Martin, à Paris.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* **P. LE GENDRE.**

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



# BULLETIN

Le sucre de lait à l'Académie de médecine! Et présenté par M. le professeur Germain Sée! Que vont dire MM. les homœopathes? J'espère qu'ils seraient heureux, si M. Sée avait administré cette substance à dose infinitésimale, mais 100 grammes par jour c'est un chiffre qui nous fait rentrer dans l'allopathie. Restons-y.

Le régime lacté remplacé par une potion au sucre de lait, voilà une transformation qu'apprécieront beaucoup de cardiaques atteints d'anasarque qui ne peuvent souffrir le lait. Et ce n'est pas un leurre; non seulement la lactose agit comme diurétique, mais elle agit mieux que le lait. Comment agit-elle? C'est ici que M. Sée applique en maître, comme il sait si bien le faire, les données de la physiologie à la clinique, pour en tirer les indications de la lactose dans le traitement de l'anasarque des cardiaques. La lactose agit directement sur l'épithélium rénal, qu'elle excite au travail sans augmenter la pression sanguine; quand il y a de l'albuminurie, tenant à une stase veineuse simple, la diurèse a encore lieu; mais quand l'abondance de cette albuminurie indique que l'épithélium rénal est malade, la

# FEUILLETON

## CAUSERIE

En ce temps d'exposition, on est exposé à recevoir des lettres bizarres de clients à qui la tour Eiffel a fait tourner la tête. C'est ce qui est arrivé à un de nos honorables confrères de Paris, qui a reçu la suivante :

« Monsieur, dans la crainte de vous importuner, je prends la liberté de vous adresser ces quelques lignes pour vous dire que je suis un ancien surveillant de l'Hôtel-Dieu, où j'ai eu l'honneur de vous connaître; en outre, je suis un ami à M. D..., dentiste, lequel m'a adressé à vous à cet effet.

« Je viens vous prier d'avoir la bonté de me donner une *ordonnance* pour prendre quelque chose pour pouvoir avoir des relations avec ma femme, attendu que depuis le 30 décembre dernier je suis comme anéanti, je ne puis pas fonctionner et pourtant je suis plein de force et très vigilant, attendu que je n'ai que 58 ans.

« Je compte, Monsieur, sur votre obligeance et dont je vous en serez (*sic*) très reconnaissant, car je désirerez (*sic*) de tout mon cœur pouvoir fonctionner.

« Par la même occasion, je vous direz (*sic*) que je m'occupe de recouvrements et justice de paix. Si jamais je puis vous être utile, je suis de tout cœur à votre disposition, sans

lactose n'agit plus; on peut donc diagnostiquer, d'après la diurèse produite par cette substance, l'état sain ou pathologique du rein.

La lactose agit à la manière de la caféine, mais sans produire comme celle-ci des troubles cérébraux; elle lui est donc préférable. Cependant elle ne peut agir dans les cas d'asystolie, puisqu'elle n'a pas d'action cardiomotrice; il faut alors lui associer l'iodure de potassium, dont M. Sée a si bien mis en lumière l'efficacité dans le traitemont de ce genre de cardiopathies.

Nous n'avons pu donner ici qu'une faible idée de la remarquable communication de M. Sée, qu'on pourra lire *in extenso* dans notre journal.

M. Dumontpallier a préconisé contre l'endométrite chronique un mode de traitement qui remplit les mêmes indications que le curettage, mais qui nous paraît exiger plus d'habileté et fait craindre plus d'accidents que la petite opération qu'il voudrait remplacer. Entre les mains de M. Dumontpallier, l'abandon d'un caustique puissant dans la cavité utérine n'a pas déterminé d'accidents; mais peut-être tout le monde ne serait-il ni aussi habile ni aussi heureux.

M. le docteur Motais (d'Angers) a émis sur l'hérédité de la myopie et sa gravité différente des opinions basées sur un grand nombre de chiffres et qui nous paraissent tout à fait justifiées par ce que nous savons personnellement de la question. — L.-H. P.

---

**Un nouveau médicament diurétique dans les maladies du cœur.**

Par le professeur G. Sée.

Le plus infaillible des diurétiques est le lait; cette qualité et celle d'être un aliment complet lui fait jouer le plus grand rôle dans la thérapeutique des maladies de l'estomac et des maladies du cœur.

Dans le cas de maladie de l'estomac, il convient quand il y a hyperchlorhydrie et échoue misérablement dans le cas contraire.

---

que l'intérêt me guide en rien. Je serez (*sic*) assez payé, si vous voulez bien avoir la bonté de me rendre ce service que j'ai l'honneur de vous demander.

« S'il était un effet de votre bonté de me remettre cette ordonnance que je prendrez (*sic*) chez votre concierge ce soir en quittant mon bureau, attendu que j'en ai bien besoin pour demain sans faute.

« Recevez, Monsieur, à l'avance, nos remerciements et nos civilités les plus empressées.

« Ca... »

J'avais, ajoute notre confrère, un vague souvenir de l'auteur de cette lettre; il y avait plus de vingt-cinq ans que je l'avais perdu de vue. Aussi au lieu de remettre la réponse chez mon concierge, je lui dis de faire monter chez moi la personne qui viendrait la chercher, que je tenais beaucoup à la voir et à lui remettre la réponse moi-même.

Je pensais que j'avais peut-être affaire à un névropathe déjà âgé et jaloux et ne pouvant satisfaire une jeune femme ardente et passionnée.

Mon ex-client fut exact au rendez-vous, nous entrâmes en pourparlers, et comme je lui faisais observer qu'il était quelquefois dangereux pour un mari un peu mûr d'avoir jeune et jolie femme; vous n'y êtes pas du tout docteur, me répondit-il, voici ce qui en est : ma femme a 55 ans, elle est paralysée et admise à l'hospice de..... Je lui rends visite tous les dimanches très régulièrement; elle reçoit les soins d'une infirmière jeune et gentille, très bonne pour elle; aussi, par reconnaissance, je fais sortir l'infirmière, je

Un grand nombre de médecins, Chrétien, Serres, Pécholier, l'on vanté dans les hydropisies d'origine brightique et celles des cardiaques ou asystolie.

Le lait, à la dose de trois à quatre litres par jour, rend en effet les plus grands services dans les cardiopathies hydropiques, surtout quand les malades ont un estomac normal ou hyperchlorhydrique.

Il constitue, en effet, un aliment complet; malheureusement il ne contient pas la graisse, la caséine et le sucre dans des proportions convenables.

Deux litres et demi de lait suffiraient pour donner les 100 grammes de graisse nécessaire, il faudrait trois litres pour les 120 grammes de substances albuminoïdes et au moins cinq litres pour les 250 grammes de substances hydrocarbonées. A l'état de repos, trois litres de lait contiennent assez d'albuminoïde, mais ils ne suffisent pas pour l'homme sain qui travaille.

Le lait se digère facilement. Malheureusement cette digestion ne se fait pas chez certains cardiaques, et probablement alors le ferment lactique normal de l'estomac est absent ou diminué.

La diète lactée provoque une diurèse évidente et la glycosurie.

Cette fonction diurétique est due à la lactose et c'est ce que M. G. Sée a découvert en expérimentant successivement les divers éléments du lait. Le sucre de lait existe dans tous les laits; il cristallise facilement et est soluble dans six parties d'eau froide et deux et demie d'eau chaude. Il se forme dans l'organisme aux dépens des substances albumineuses, et quand la dose absorbée n'est pas trop forte se détruit en s'oxydant.

La lactose est le plus puissant et le plus sûr des diurétiques actuellement connus. De plus, quand on donne deux litres de lait ou de tisane lactosique, on obtient tous les avantages de la diurèse sans en avoir les inconvénients, c'est-à-dire qu'il ne se produit pas, comme avec le lait, une polyurie diabétique.

A la dose de 100 grammes dilués dans deux litres d'eau, et avec suppression complète de toute autre boisson, lait, bouillon, tisane, potage, vin,

---

fais de mon mieux pour la satisfaire; malheureusement, il m'arrive par trop souvent de rester en affront, et c'est pour cela, je vous en supplie, docteur, que je vous demande un remède efficace, etc.....

Je ne sais quelle ordonnance notre confrère a remis à l'infortuné mari, ni si le remède a été efficace; toujours est-il qu'il est mort depuis..... d'excès, ou de désespoir de n'en pouvoir commettre.

*
* *

Il est bien regrettable pour notre confrère que M. le professeur Brown-Séquard n'ait pas communiqué plus tôt à la Société de biologie les résultats de ses intéressantes expériences sur les injections sous-cutanées de liquide testiculaire; peut-être les aurait-il essayées sur son client.

Vous savez, ou vous ne savez pas, que M. Brown-Séquard, guidé par certaines idées théoriques qu'il n'a pas jugé à propos de développer, a extrait du testicule des animaux, par la compression et le lavage, un liquide qu'il a injecté d'abord à des animaux, pour s'assurer de son innocuité, puis à lui-même. L'expérimentateur a éprouvé d'abord une douleur très vive, parfois une irritation locale intense, qui s'est cependant terminée sans suppuration, puis des effets physiologiques très curieux et surprenants.

« Pour en donner une idée, dit M. Brown-Séquard, il me suffira de vous dire que tout ce que je ne pouvais plus faire ou que je faisais mal depuis plusieurs années, à cause de mon grand âge, je l'exécute aujourd'hui admirablement. Par exemple, j'étais

eaux minérales, etc., on obtient une polyurie considérable chez tous les malades, chez tous les cardiaques, quelle que soit la lésion du cœur : dégénération du myocarde, altération des valvules aortiques, etc. L'action est moins constante dans l'artério-sclérose.

Vingt-cinq malades graves ont été observés avec soin et on a obtenu, dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures après le début du traitement, un véritable flux urinaire de 2,500 grammes au moins, mais montant ordinairement à 3,200 ou 3,500 grammes; dans deux circonstances même, M. Sée a obtenu 4,000 et 4,500 pendant une durée de deux et quatre jours. Dès que l'on suspendait le traitement lactosique, le chiffre des urines retombait à son taux primitif.

A la fin de sa communication, M. G. Sée a posé les conclusions suivantes :

La lactose constitue le plus puissant diurétique et en même temps le plus inoffensif. C'est elle, et elle seule, qui donne au lait sa propriété diurétique. Les autres principes du lait, en particulier l'eau et les sels, n'ont pas d'action manifeste ou utile, le chlorure de sodium n'ajoute rien à la polyurie due au sucre de lait et les sels de potasse n'y ont qu'une part très restreinte.

Le lait pris à la dose de deux litres produit bien la diurèse, mais à la dose de quatre litres, dont chacun contient 50 grammes de lactose, il détermine en même temps une glycosurie très évidente, un diabète passager. En même temps, il se fait une excrétion considérable d'urée indiquant une destruction des albuminates.

Le sucre de lait permet d'éluder tous ces inconvénients et ces dangers : 100 grammes de lactose en potion produisent une diurèse énorme que l'on n'est pas sûr d'obtenir avec quatre ou cinq litres de lait. Dans le lait, l'action de la lactose est entravée par la caséine et la graisse.

La polyurie résultant de l'usage interne de 100 grammes de lactose dépasse toutes les polyuries médicamenteuses; elle atteint rapidement deux litres et demi d'urine et s'élève presque constamment à trois litres

---

affligé d'une constipation opiniâtre due à l'état de parésie de mon gros intestin; aujourd'hui je vais à la selle admirablement sans le secours du moindre laxatif; j'urinais médiocrement; actuellement la force de projection de mon jet d'urine a triplé, ce qui prouve que ma vessie a retrouvé sa vigueur passée. Même constatation a pu être faite pour mes autres organes, ainsi que pour mes membres. Je peux rester debout, trois heures durant, sans ressentir la moindre fatigue, etc., etc. (Voilà un etc. bien éloquent). Mais ce n'est pas tout : je suis plus apte au travail que jamais; depuis longtemps il m'était impossible, après mon dîner, de me livrer à aucun travail intellectuel, maintenant je le fais sans y penser.

Par conséquent, c'est non seulement une augmentation de ma force physique, mais encore de ma force intellectuelle, que je dois à ces injections.

Je suis, pour le dire en deux mots, rajeuni de trente ans. »

A quel élément du suc testiculaire est dû ce merveilleux résultat? Est-ce au sperme, au sang, au liquide glandulaire? On n'en sait rien exactement. Comment agit-il? On ne le sait pas davantage. M. Féré pense que le mouvement fébrile provoqué par les injections a déterminé une exagération de l'activité psychique et physique; mais M. Brown-Séquard n'a jamais eu de fièvre ni de réaction générale, et ne peut attribuer qu'à la nature du liquide injecté la production des phénomènes qu'il a observés sur lui-même.

***

Le hasard, on le sait, préside le plus souvent aux grandes découvertes; ceci pourrait

et demi et même à quatre ou quatre et demi le troisième jour. A partir de ce moment, elle reste stationnaire ou s'abaisse à deux litres et demi pendant quelques jours. Pendant ce temps, les hydropisies disparaissent presque à coup sûr, le sang se trouve déshydraté, c'est pour cela que la diurèse n'est plus aussi intense qu'au début. Mais, après quelques jours, on peut par le même moyen obtenir une nouvelle déshydratation du sang.

On peut dire que la lactose agit d'une manière sûre dans les hydropisies d'origine cardiaque, mais elle agit d'une manière douteuse ou même nulle dans les hydropisies d'origine rénale. Dans les affections du cœur, elle n'échoue que chez les cardiaques dont le rein est devenu brightique et quand l'albumine monte à 0 gr. 60 ou à 0 gr. 90 par litre. Tant que la quantité d'albumine est minime, le résultat est favorable, ce qui fait supposer que dans ces cas, il y a une simple stase veineuse. On peut mesurer par la diurèse lactosique le degré d'altération du rein.

On peut voir l'action diurétique interrompue par d'autres causes que la lésion des reins. Il se produit parfois une diarrhée qui naturellement diminue la diurèse. Dans d'autres faits, les malades ont depuis plus ou moins longtemps des sueurs profuses ou des transpirations accidentelles qui diminuent la polyurie, mais elle ne tarde pas à reparaître.

Le médicament est, en général, parfaitement supporté. On doit le prescrire pendant huit à dix jours et interrompre pendant quelques jours pour reprendre de nouveau ensuite. Si, exceptionnellement, la tisane est mal tolérée, on peut l'aromatiser par l'eau-de-vie ou la menthe. Il faut diminuer ou supprimer toutes les autres boissons.

La lactose présente un avantage immense : elle permet au malade de prendre toute espèce d'aliments ; elle permet au médecin de prescrire le régime carné, bien autrement nutritif et souvent indispensable pour soutenir les forces défaillantes du cardiaque.

Maintenant que les faits sont acquis, il s'agit d'interpréter le mode d'action de ce nouveau diurétique qu'on peut appeler physiologique. On sait que les diurétiques agissent souvent par suite de la haute pression san-

---

être démontré par ce que nous venons de raconter; il l'est encore par la manière dont M. le docteur Langlebert a trouvé son suspensoir ouato-caoutchouté, qui rend de si grands services dans l'orchite aiguë.

Voici quelle fut, en 1874, la circonstance révélatrice de ce mode de pansement :

Une demi-mondaine très lancée vint consulter le docteur Ed. Langlebert pour une névralgie intercostale, dont les élancements s'irradiaient dans le sein gauche. Que faire? Fallait-il proposer de maculer cette poitrine, objet d'un culte universel, d'emplâtres répugnants, de vésicatoires fétides pouvant laisser une marque ineffaçable? Fallait-il la labourer de pointes ou de raies de feu? Vous n'y auriez même pas songé. M. Langlebert se contenta donc de prescrire l'application permanente sur la région mammaire d'une couche épaisse d'ouate, recouverte elle-même d'un large morceau de taffetas gommé imperméable. Il comptait pour calmer, pour faire disparaître les douleurs, sur la chaleur permanente et particulièrement sur la sudation profuse que procure cet appareil.

Trois semaines ne s'étaient pas écoulées, que cette femme, rouge de colère, venait montrer son sein au docteur. Elle n'en souffrait plus, mais cette glande si ferme, si remplie à la première visite, avait diminué de plus de moitié : d'hémisphérique, elle était devenue vide, flasque, pendante ; elle n'était plus, en quelque sorte, que le résidu d'elle-même.

D'abord surpris de ce désagréable résultat, le docteur Langlebert comprit vite cependant le parti thérapeutique qu'il pouvait tirer d'un pareil fait. C'est alors qu'il songea

guine; ici le pouls et la pression restent normaux. Les sels alcalins sont considérés comme produisant la diurèse en vertu de leur pouvoir osmotique. Or, en ajoutant 2 grammes de potasse à chaque litre de tisane lactosique, il n'y a rien de plus que par la lactose seule. Il faut admettre une action élective et sélective de la lactose sur les éléments sécréteurs du rein, c'est un diurétique physiologique rénal.

Si nous la comparons avec les autres diurétiques, voici ce que nous trouvons. Ceux qui augmentent la pression, les cardio-vasculaires, à savoir : la digitaline, la convallamarine, le strophantus agissent bien plus faiblement, moins sûrement, moins efficacement sur les hydropisies que ne le fait la lactose. Bucquoy, avec sa loyauté traditionnelle et son véritable esprit scientifique, l'a reconnu pour ce qui est de la lactose comparée au strophantus, son médicament d'adoption.

Un deuxième groupe de diurétiques, le seul bien établi jusqu'ici, comprend les diurétiques rénaux proprement dits, en tête desquels se place la caféine. Elle fait partie d'une série chimique qui commence à la xanthine et finit par la caféine. Nous savons d'ores et déjà trois choses :

1° Que la caféine et la théobromine sont des diurétiques néphrétiques comme la lactose;

2° Qu'elles agissent toutes deux indépendamment de la pression vasculaire;

3° Qu'elles n'ont pas d'action tonique sur le cœur comme on l'a prétendu récemment, et en cela encore elles ressemblent à la lactose. Mais la caféine produit des troubles nerveux et cérébraux dont la lactose ne s'est jamais montrée coupable.

Nous avons donc dans la lactose le diurétique des affections du cœur à la période asystolique, le vrai moyen curatif des hydropisies d'origine cardiaque, même de celles qui ont résisté aux autres agents polyuriques. Dans l'asystolie, il y a un autre accident plus grave, la dyspnée; mais contre elle la lactose est impuissante, aussi son action devra être secondée par l'iodure de potassium. Ce médicament que j'ai trouvé, il y a dix ans, et

---

à appliquer ce mode de pansement aux productions inflammatoires et, en particulier, à l'orchite, dont il avait toujours un certain nombre de cas en traitement. Telle fut l'origine du suspensoir ouaté à couverture imperméable.

Voilà, dit quelqu'un derrière moi, ce qu'on peut appeler *experientiam in animâ vili!* Mauvaise langue!

Simplissime.

---

Solution contre la stomatite aphtheuse. — Hirtz.

| | | |
|---|---|---|
| Salicylate de soude | 20 | grammes. |
| Eau distillée | 100 | — |

Faites dissoudre. — Pour combattre la stomatite aphtheuse bénigne, confluente, on badigeonne avec cette solution toutes les parties enflammées, cinq à six fois par jour, principalement après les repas. La bouche doit être préalablement bien lavée à l'eau tiède. — N. G.

dont on m'a dépouillé depuis avec enthousiasme et persévérance, souvent avec habileté, en changeant, sous le prétexte de toxicité potassique, le nom de famille du potassium en sodium, constitué par l'iode et par la potasse le vrai médicament du cœur et de la circulation. Il ne lui manque que le pouvoir diurétique. Associez l'iodure et la lactose, et vous remplirez toutes les indications.

---

**Sur le projet de langue scientifique internationale** (1).

IV

Beaucoup de gens prennent la fuite à la seule vue des expressions de linguistique, en apparence les plus inoffensives. On ne se douterait pas combien les suffixes et les préfixes déroutent l'attention de ceux de nos compatriotes qui n'ont connu de grammaires que Lhomond et Noël et Chapsal. Souffrez donc que nous nous expliquions. On ne saurait guère parler à l'heure où nous sommes sans user de préfixes et de suffixes. Mais comme M. Jourdain, c'est sans le savoir que nous faisons de la prose.

Prenons le mot *catégorisation* dont j'abuse et que j'ai peut-être inventé : *cat* représente un préfixe; *ation* est un suffixe ; la racine ou le radical est *agor*, du grec *agoreus* ; *is* est une particule, d'ailleurs très intéressante et que j'ai retrouvée avec la même valeur dans la langue *fiote* des nègres de l'embouchure du Congo ; elle signifie *faire*, *faciliter*, *accomplir* l'action marquée par le radical.

Il faut que la langue nouvelle possède les moyens de façonner ses mots de la même manière que les nôtres et qu'elle modifie ses radicaux pour les besoins du langage par la préposition de particules initiales, par l'adjonction de désinences caractéristiques, qui peuvent être modifiées elles-mêmes, comme l'est la désinence *ation*, par la particule *is*.

Or, prenez votre *Nysten* ; vous verrez au premier examen que les préfixes sont choisis souvent arbitrairement ; qu'ils sont plus nombreux qu'il n'est nécessaire, empruntés tantôt au grec, tantôt au latin, inutilement variés pour une même signification, comme dans *surcostal*, *sus-maxillaire*, *superovarie*, *épicondyles*, *hypérencéphale*, *etc.*, et c'est bien autre chose, si vous ajoutez à ces mots ceux de la langue vulgaire, qui absorbe peu à peu des expressions de toute provenance.

J'ai proposé de réduire le nombre de ces préfixes en les catégorisant, suivant qu'il caractérisent des différences de situation ; tels sont : *épi*, *hypo*, etc., dans nos langues, ou de constitution : tels sont notre *a* privatif, notre *sim*, ou *sym*, etc. C'est un premier travail qui simplifierait la langue dans une large mesure en précisant le sens des préfixes, tout en réduisant leur nombre au strict nécessaire.

Prenez maintenant un dictionnaire de rimes, vous n'aurez pas de peine à vous convaincre que les suffixes sont nombrenx et variés pour une même signification et que le même suffixe a des significations différentes.

Je crois que l'on peut utilement catégoriser ces suffixes à la condition de bien connaître d'abord les besoins qu'ils doivent satisfaire, et les plus généraux de ces besoins sont ceux qui se rapportent à l'ACTION : *création*, de *créer* ; *prononciation*, de *prononcer* ; à l'ACTEUR : *écrivain*, d'*écrire* ; *créateur*, de *créer* ; *couturier*, de *couture* ; à l'AGENT OU INSTRUMENT : *soufflet*, de *souffler* ; *couteau*, de *couper* ; à l'ACTE, à l'EFFET, au PRODUIT de l'action : comme *parole*, de *parler* ; *salive*, de *saliver* ; enfin aux ÉTATS OU MANIÈRE D'ÊTRE : *sagesse*, de *sage* ; etc.

Tout cela est beaucoup plus simple qu'il ne semble ; ceux auxquels l'étude des langues est un peu familière, le comprennent sans effort, parce qu'ils ont dû accepter déjà ces notions élémentaire de la linguistique ; quant aux autres, il ne leur sera pas difficile non plus d'admettre que notre dictionnaire de rimes serait beaucoup réduit si nos désinences étaient ainsi catégorisées, et qu'une telle catégorisation simplifierait beaucoup les langues, sans parler du français qui est, à cet égard, la plus compliquée — disons : la plus riche — de toutes.

---

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 juin 1889.

V

J'ai proposé des catégorisations d'un autre genre pour les radicaux :

1° Pour les noms de nombre, une dizaine de mots suffisent ; encore peut-on les dédoubler en comptant par cinq, comme le font nombre de peuplades sauvages; et l'on a un système tout trouvé dans la succession des cinq voyelles *a*, *e*, *i*, *o*, *u*, que l'on peut encadrer entre dix ou onze consonnes différentes : *bal*, *tel*, *kil*, à *un*, *deux*, *trois*. (Voyez *Bull. Soc. de méd. prat.*, 15 fév., p. 124.)

2° Pour les expressions qui forment contraste : *bon* et *mauvais*, *jour* et *nuit*, et même *boire* et *manger*, *sommeil* et *veille*, il suffit d'une seule expression légèrement modifiée pour l'opposition : *meos*, *aurore*; *neos*, *crépuscule*, d'où l'on formerait : *meosik*, qui se rapporte à l'aurore (nous pourrions dire : *auroral*), *neosik*, *crépusculaire*, par l'addition du suffixe commun des adjectifs : *ik*, correspondant à notre *ique* : *frigorifique*.

3° Les expressions chimiques peuvent entrer sous leur forme actuelle dans la nouvelle langue, aussi bien que la plupart des expressions cosmopolites, scientifiques et vulgaires, et si j'ai proposé une nomenclature spéciale, c'est pour généraliser davantage.

4° Le terrain est ainsi beaucoup déblayé; car les mots *contrastiques* sont nombreux dans le langage, et nous voyons qu'on peut les réduire ainsi de moitié. J'ai prouvé qu'on peut les réduire du tiers. (*Bull.*, 15 fév.). Mais il reste encore le grand nombre des radicaux de toutes sortes pour lesquels il faudrait créer des mots nouveaux.

On peut le faire en prenant des radicaux latins ou grecs que tout le monde comprendrait : *dom*, *maison*, *raf*, *couture*. Mais il y a mieux à faire peut-être en catégorisant radicalement les mots du langage.

Par exemple, il en est qui se rapportent à la cosmologie; convenons qu'ils seront désignés par l'initale *z*; les mots quelconques : *zab*, *zad*, *zid*, indiqueront des expressions cosmologiques; *kab*, *kad*, *kid*, indiqueraient de même des objets, des actions, des effets mécaniques; *g*, indiquera la terre et ce qui s'y rapporte en géographie, géodésie, etc. Or, 36 lettres ou doubles lettres peuvent ainsi servir d'initiales et donner avec chacune des cinq voyelles et des 20 principales consonnes, 3,600 mots-racines, dont le sens se repète dans chacun des 36 groupes. En y ajoutant des doubles lettres comme terminales, on peut catégoriser plus de 6,000 mots dans ces 36 groupes. Et si l'on catégorise également la syllabe terminale (*ab*, *ad*, *id*, dans les mots qui précèdent), l'interprétation se restreint entre cinq ou six expressions dont la distinction n'est plus malaisée.

On pressent qu'un vocabulaire ainsi constitué serait extraordinairement simple, si on le compare à tous les vocabulaires actuels. Je me suis étendu ailleurs (*Bull. Soc. de méd. prat.*, 1er et 15 mai 1889), quoique d'une manière bien incomplète, sur ces points, et je n'insiste pas.

Mais il me resterait à démontrer qu'aucune des langues connues ne peut suppléer cette langue nouvelle.

VI

La commission de la Société de médecine pratique et les délégués des Sociétés savantes ont, d'un commun accord, écarté du débat le latin et le grec, mais beaucoup de nos confrères y tiennent encore.

Cependant croire que nous connaissons le latin est une illusion. J'ai reproduit au *Bull. de la Soc. de méd. prat.* (15 mai, p. 395) le passage de Galien qui a trait à la langue universelle; mais j'avoue que j'ai eu à le comprendre un mal infini; et si j'avais écris en latin ce qui précède, je ne sais si je me comprendrais moi-même.

Et puis comment direz-vous en latin : *turf*, *wagon*, *pharyngosténose*? J'entends bien que vous diriez : *turfa*, *vagonus*, mais ce n'est pas là du latin, c'est du charabia.

Nous parlons si peu latin que tous nos mots nouveaux sont tirés du grec. Saurions-nous mieux le grec? Pour ma part, quand j'énumère les quelques langues que je possède plus ou moins, je suis forcé d'omettre le grec et j'en suis humilié; car je l'ai beaucoup appris dans le temps. Je considère le grec comme une langue extrêmement difficile. Et vous?

La seule des langues connues qui ait eu des partisans dans nos discussions, c'est le français; vous vous en doutiez bien. On en a donné deux raisons : la première, c'est qu'elle est universellement connue des médecins; la seconde, c'est qu'une langue nouvelle universellement adoptée diminuerait notre influence.

A la seconde de ces deux raisons, il n'y a rien à dire, si ce n'est que le monopole dont il s'agit nous échappe absolument; il suffit d'ouvrir les yeux pour le voir. Pour ne citer qu'un fait en opposition avec ceux qu'a cités M. Ducor, le *Bulletin de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg* est, de toutes les publications scientifiques, celle où la langue française tenait la plus grande place; le titre même en était français. Or, comparez ce *Bulletin* à deux époques différentes, et dites-moi si le français y tient aujourd'hui plus ou moins de place qu'autrefois. J'ai cité ce fait à la commission; et il me répugne d'y insister.

On ne saurait trop répéter que les Français, plus que tous les autres peuples, ont intérêt à la création d'une langue internationale simple, parce qu'ils répugnent davantage à l'étude des langues, soit que leur nature y soit rebelle, soit qu'ils se persuadent toujours qu'ils accaparent les lumières.

En réalité, le français est une langue dont l'étude présente de grandes difficultés, ainsi que l'a nettement démontré notre confrère le docteur Guelpa à la Société de médecine pratique. (*Bulletin* du 15 mai). On sait qu'il n'occupe que le *sixième* rang parmi les langues, au point de vue du nombre des hommes qui le parlent et de l'étendue des pays où il est parlé. M. Ducor objecte que c'est la langue qui est parlée par le plus grand nombre des savants étrangers. Jusqu'à présent c'est, en effet, très probable; et je crois que l'on peut l'admettre; mais, ce que nous voulons, c'est une langue accessible *au plus grand nombre possible de savants* de tous les pays et de toutes classes; et c'est une grande illusion de croire que le français soit à ce point familier à l'universalité des gens éclairés. On a cité la Roumanie; mais consultez des Roumains sur les chances de voir préférer le français, *dans un Congrès de Roumains*, à une langue nouvelle créée de toutes pièces, et vous verrez ce qu'ils vous répondront.

On n'en doute pas; aussi en est-on réduit à avouer que ce que l'on demande au nom du progrès scientifique, c'est le...... *statu quo*!

Croyez à mes meilleurs sentiments. D[r] Ad. NICOLAS.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 juin. — Présidence de M. LE DENTU.

SOMMAIRE : Mégalodactylie. — Plaies de l'abdomen. — Traitement des fibromes utérins par l'électricité.

M. CHAUVEL fait un rapport sur une observation de mégalodactylie envoyée par M. Tachard. Il s'agit d'une enfant de 12 ans, dont le doigt annulaire de la main droite était double de celui de la main gauche; il y avait un gros coussinet graisseux au-dessous du pli digito-palmaire et à la palpation la sensation était comparable à celle que donne le lipome. L'ablation permit de constater que la difformité était causée par l'hypertrophie de la couche cellulo-graisseuse sous-cutanée, les autres éléments du doigt étant normaux.

— M. CHAUVEL lit un autre rapport sur deux observations de plaies pénétrantes de l'abdomen envoyées par M. Guert.

Le premier cas se rapporte à une jeune fille de 16 ans qui avait reçu à bout portant, dans la région du foie que l'on supposa atteint, une balle de revolver restée dans la profondeur. Comme traitement, M. Guert fit l'occlusion avec le collodion et un bandage compressif et donna de l'opium et du bromure. La malade guérit après quelques douleurs dans la plaie et dans les épaules. M. Guert pense qu'il ne faut pas intervenir chi-

rurgicalement lors de plaie du foie. M. Chauvel ne croit pas que l'on puisse poser l'abstention en principe.

Dans la deuxième observation, il s'agit d'un homme qui avait reçu un coup de couteau dans le ventre et avait fait ensuite deux kilomètres à pied, maintenant dans sa main une anse intestinale herniée. L'intestin présentait deux petites plaies comprenant toute l'épaisseur des parois. Le chirurgien pratiqua la suture de Lambert, réduisit l'intestin, sutura l'abdomen, puis donna de l'opium et du bromure. Le malade alla bien jusqu'au quatrième jour, puis mourut avec des symptômes indiquant une hémorrhagie interne que l'on trouva à l'autopsie. Il n'y avait pas de péritonite, mais le grand épiploon était déchiré.

Comme l'accident est survenu au moment de la défécation, M. Guert tend à incriminer l'opium qui force à trop d'efforts en durcissant les matières ; il faudrait donc lui substituer à un certain moment un purgatif doux. M. Chauvel reconnaît que l'emploi prolongé de l'opium peut être nuisible, mais il est probable que l'hémorrhagie tient à ce que des caillots qui bouchaient quelques vaisseaux se sont déplacés. Il aurait fallu ouvrir le ventre dès l'apparition des premiers symptômes et aller chercher les vaisseaux qui donnaient.

— M. Trélat résume une observation de M. Cellier (de Laval) relative à un anévrysme de l'artère humérale consécutif à un coup de couteau. Trois ans après, on pratiqua l'extirpation de la tumeur qui s'était formée et cette opération fut suivie de guérison.

— M. Lucas-Championnière fait une communication sur le traitement électrique des fibromes de l'utérus. Certains chirurgiens ont conseillé d'employer ce mode de traitement contre tous les corps fibreux.

Il faudrait pour faire disparaître les tumeurs que les courants soient d'une grande intensité et la guérison serait certaine. Certains chirurgiens n'ont pas réussi de la même façon; cependant M. Lucas-Championnière, persuadé que la méthode pouvait être utile, a entrepris de l'expérimenter avec M. Danion.

La seule intervention que l'on puisse qualifier de radicale est l'enlèvement de la tumeur. On devra opérer toutes les fois qu'un corps fibreux s'accompagnera d'accidents graves, tels que des hémorrhagies répétées, par exemple, et que la femme sera jeune. L'hystérectomie ou l'extirpation des ovaires seront à employer lorsque le fibrome atteindra un volume considérable. Il sera indiqué lorsque, pour des raisons diverses, l'opération radicale ne pourra être tentée, lorsque la malade approchera de l'époque de la ménopause, lorsqu'enfin les accidents ne seront pas trop accentués.

MM. Danion et Lucas-Championnière ont appliqué le traitement électrique à sept malades et ont obtenu des résultats utiles. Dans deux de ces cas, les bons effets datent déjà de quatre et cinq mois.

Au point de vue symptomatique, on observe d'abord la disparition des pertes de sang en même temps que l'anémie s'atténue. Les ménorrhagies subissent aussi l'influence du traitement et diminuent d'intensité, de telle sorte que les règles tendent à prendre leur allure normale.

Presque constamment les douleurs s'atténuent ou disparaissent. Il est de même du sentiment de pesanteur dans le bas-ventre dont se plaignent si souvent les malades; après quelques séances, la diminution de ces symptômes rend la marche beaucoup plus facile.

Le volume du fibrome diminue rapidement. Mais, de cette diminution, on ne doit pas conclure à la disparition de la production morbide; il y a simplement décongestion de la tumeur et accessoirement résolution d'accidents périphériques. Du reste, la diminution de volume cesse si le traitement est suspendu, et bientôt la tumeur reprend ses premières dimensions.

D'autres symptômes s'atténuent aussi tels que les écoulements inter-menstruels. Il résulte de tout cela une grande amélioration de l'état général.

MM. Lucas-Championnière et Danion ont appliqué l'électricité de la manière suivante : il se sont servis, comme excitateur utérin, d'olives en platine placées sur une tige mal-

léable que l'on peut courber. Il faut choisir, comme électrode, l'étain recouvert d'amidon et de peau de chamois ou bien un gâteau de terre glaise. Le courant, dans leurs expériences, n'a pas dépassé 60 milliampères, oscillant entre 45 et 55.

La durée des séances a été de quatre à cinq minutes. Il est nécessaire, pour bien mesurer les courants, d'avoir des galvanomètres précis allant jusqu'à 80 ou 100 milliampères; il n'est pas nécessaire de faire aller les divisions plus loin, car on peut obtenir les meilleurs effets, ainsi que le prouvent les expériences, sans aller jusqu'aux puissances dangereuses de 150 et 200 milliampères; 90 milliampères est le chiffre le plus élevé qui ait semblé utile. L'application de l'électricité se fait sans le moindre danger pour les malades; on peut les traiter à la consultation et les laisser retourner chez elles.

Le renversement des pôles est très utile et donne des effets immédiats; il faut toujours commencer en mettant le pôle positif du côté de l'utérus.

Le traitement a surtout de l'influence sur les principaux symptômes. Il faut le continuer longtemps, et bien souvent malades et medecins se fatiguent. Les interruptions doivent être très courtes, sinon la tumeur augmente de nouveau rapidement de volume.

M. Lucas-Championnière admet que l'électricité peut amener la disparition définitive du fibrome lorsque les malades sont près du moment de la ménopause, et il conseille de combiner son application avec l'emploi des eaux chlorurées.

Dans les cas où M. Lucas-Championnière a employé l'électricité, il n'a eu qu'un seul insuccès complet. Du reste, le traitement n'offre aucun danger quand il est appliqué avec les précautions convenables, et il est toujours temps, lorsqu'il n'y a pas d'accidents menaçants, de se décider à l'intervention chirurgicale.

— M. Delorme lit un mémoire sur le procédé de restauration autoplastique de l'urèthre pour un rétrécissement traumatique ancien déjà traité par l'électrolyse, l'uréthrotomie interne et l'uréthrotomie externe.

— M. Périer présente un homme de 30 ans auquel il a pratiqué la castration pour une névralgie du testicule; le diagnostic était varicocèle douloureux. La névralgie est apparue ensuite du côté opposé. Alors M. Périer a lié les veines du cordon et cautérisé l'épididyme après en avoir enlevé un petit kyste. Les douleurs ont cependant continué, et, comme M. Babinsky, qui a examiné le malade, n'a pas reconnu le moindre signe d'hystérie, M. Périer serait heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. Lucas-Championnière admet que, dans ces cas, il s'agit de sortes de névrites. Il conseille l'emploi de l'électrisation qui, lors de névrites, donne parfois de bons résultats.

— M. Leprévost (du Havre) présente un malade auquel il a fait une restauration de la cavité buccale après avoir dû réséquer le maxillaire supérieur pour arriver sur un polype naso-pharyngien. Les résultats ont été excellents.

— M. Lucas-Championnière montre deux malades auxquels il a pratiqué la suture de la rotule pour fracture; ils ont marché l'un le vingtième jour, l'autre le vingt-deuxième.

— M. Polaillon montre une femme à laquelle il a restauré la lèvre inférieure gangrenée à la suite d'une plaie par instrument contondant avec fracture du maxillaire.

— M. Périer, au nom de M. Morand, fait voir à la Société une *minerve* destinée à agir sur la tête et la colonne vertébrale.

M. Quénu fait remarquer qu'il a déjà fait construire un appareil semblable.

— M. Beck montre un appareil pour suspension des lits.

## INFORMATIONS MÉDICALES

M. Desguin a communiqué à l'Académie de médecine de Belgique un cas de rage qui serait survenu dans la troisième année d'inoculation et après traitement à l'Institut Pasteur. Le malade était venu dans un état convulsif après avoir présenté des spasmes de a gorge, du crachottement. L'enquête a établi qu'il avait été mordu le 3 mars 1887 par

un chien reconnu enragé et avait été se faire soigner à Paris le troisième jour après l'accident. Une autre personne mordue en même temps et qui cautérisa sa blessure à l'ammoniaque et au fer rouge est encore actuellement bien portante.

MM. Rommelære et Crocq ont fait remarquer qu'il n'y avait pas de symptômes caractéristiques de la rage et que le seul critérium était l'inoculation du bulbe qui n'a pas été faite dans le cas de M. Desguin. Ils ont rapporté des exemples curieux des erreurs que l'on peut commettre. M. Romelære a vu guérir six cas où il y avait eu des symptômes nerveux marqués, et les malades avaient été mordus par des animaux déclarés malades. Il a eu dans ses salles un ouvrier de chemin de fer soupçonné de rage, à cause de phénomènes convulsifs et qu'il a dû garder longtemps guéri, parce que ses camarades avaient peur de lui. Du reste, la popularité de M. Pasteur s'étend même dans les pays voisins. En Angleterre, il avait été prié de faire la *Croonian Lecture* annuelle, mais l'état de sa santé l'a forcé de se faire remplacer par M. Roux. L'assemblée a voté des remerciements à l'auteur.

## COURRIER

Par décret, en date du 29 mai 1889, ont été nommés :

1° Membres titulaires du jury des récompenses pour les classes des groupes II à VIII, les médecins dont les noms suivent : *Groupe II.* — MM. Gariel et Milne-Edwards (classe 8); Badin, Paul Berger, U. Trélat et Verneuil (classe 14);

*Groupe VI.* — MM. Brouardel, Martin, Monod, Proust et Th. Roussel (classe 64);

*Groupe VIII.* — MM. Chauveau (classe 73 *ter*); Lacaze-Duthiers et Edmond Périer (classe 77).

2° Membres suppléants : *Groupe II.* — MM. d'Arsonval (classe 8); Magitot (classe 14); H. Becquerel (classe 15);

*Groupe VI.* — MM. Napias et Le Mardeley (classe 64).

3° Membres titulaires du jury des récompenses (section des colonies françaises et pays de protectorat); M. de Lanessan (classe 67).

— M. Deflers, membre de la Société botanique de France, est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre les recherches d'histoire naturelle qu'il a entreprises dans le sud de l'Arabie.

— M. le médecin de première classe Bertrand remplira, par intérim, les fonctions de professeur d'accouchements, maladies des femmes et des enfants, à l'Ecole de médecine navale de Toulon.

— La séance générale du Congrès des sociétés savantes, présidée par le ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, aura lieu le samedi 15 juin, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne.

Les cartes d'admission à cette séance seront distribuées par le ministère et le secrétariat de l'Académie de Paris, à la Sorbonne.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Comité de Rédaction**

*Rédacteur en chef :* L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

*Secrétaire de la rédaction :* P. LE GENDRE.

*Membres du Comité :*

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, L.-H. PETIT, P. CHÉRON.

**Sommaire**



## Hôpital Saint-Louis — M. le professeur Fournier.

### De l'hérédo-syphilis.

(3e *Leçon.*)

Messieurs,

Je vous ai montré dans les deux premières leçons que l'hérédité syphilitique peut s'exercer par le père, par la mère, par les deux géniteurs réunis, et qu'il y a, par conséquent, trois modes d'hérédité syphilitique.

Un point se présente maintenant à éclaircir. Ces trois hérédités sont-elles également nocives ou le sont-elles à des degrés différents? Celle du père est-elle plus ou moins grave que celle de la mère, plus ou moins grave que celle des deux géniteurs réunis?

L'observation clinique s'est prononcée sur ces questions et elle nous permet de répondre : 1° l'hérédité maternelle est infiniment plus nocive que celle du père; 2° l'hérédité mixte est la plus nocive de toutes.

Quelques commentaires. La plus grande nocivité de l'hérédité maternelle pouvait se prévoir *a priori*. Elle découle du rôle différent des deux géniteurs dans la mise au monde du nouvel être. Le père n'est, en effet, actif qu'au moment de la fécondation, tandis que la mère entre en action non seule-

## FEUILLETON

### Le Salon de 1889.

Mon rédacteur en chef m'admoneste et me mesure l'espace. Il faut que j'abrège, laissant derrière moi de nombreuses œuvres dont j'aurais voulu dire quelques mots. Je lui vole cependant quelques lignes pour mentionner le tableau de M. Ollive : *Un coin du port à Marseille;* au premier plan se placent les bateaux du port. M. Ollive, dont nous avons eu le plaisir de voir plusieurs fois les œuvres, est certainement un des meilleurs peintres de l'éblouissant Midi.

Terminons en notant *Le Baptême à Vattetot-sur-Mer* de Gelley, que nous avons pu voir à l'œuvre et qui a peint d'une façon charmante une petite scène villageoise d'un coin de la Normandie.

Comme toujours, les salles et le pourtour renferment beaucoup de dessins, de gravures, d'aquarelles et de miniatures de valeur, comme toujours aussi ces parties du Salon sont délaissées du gros public.

Dans la gravure nous noterons d'abord l'envoi de M. Géry-Richard qui expose deux séries de planches (eaux-fortes) d'après les dessins de M. L.-O. Merson pour une illustration de « Notre-Dame-de-Paris », de Victor-Hugo ; peintres et graveurs ont rempli leur

ment en cet instant, mais encore pendant tout le temps de la vie intra-utérine. Elle fournit au fœtus tous les matériaux qui lui sont nécessaires pour son accroissement et sa nutrition; il est donc tout naturel que son état de santé agisse énergiquement sur celui de l'embryon.

Le nombre des observations où l'hérédité maternelle soit seule en jeu est peu considérable, mais il est cependant assez grand pour me permettre de vous démontrer la vérité de ce que j'avance.

J'ai pu examiner, dans 13 cas, des ménages où la mère seule était syphilitique.

Ces 13 cas ont fourni 28 grossesses. Quel en a été le résultat? Les enfants vivants sont au nombre de 7, dont 4 syphilitiques. Il y a eu quinze fois naissance d'enfants morts et les avortements ont été au nombre de 16. Donc 21 morts sur 28 grossesses! C'est une mortalité de 80 p. 100.

Ce sont là des chiffres éloquents qui parlent d'eux-mêmes et peuvent se passer de commentaires, tandis que nous ne voyons rien de semblable dans l'hérédité paternelle.

Quelques-unes des observations que je peux vous citer vous sont déjà connues, je vais cependant vous les rappeler.

Une malade, infectée par son enfant qui avait pris la syphilis d'une nourrice, a 4 grossesses et avorte quatre fois.

Une nourrice, infectée par son nourrisson, a 6 grossesses; 3 se terminent par avortement, 3 par la naissance d'enfants qui meurent rapidement.

Une jeune femme saine épouse un homme sain et en a deux beaux enfants; le mari devient syphilitique et contagionne sa femme. Celle-ci, devenue veuve, se remarie avec un homme sain; elle a alors 6 grossesses qui donnent les résultats suivants : La première se termine par la naissance d'un enfant syphilitique qui meurt à 6 semaines; à la deuxième, enfant syphilitique qui meurt à 5 mois; à la troisième, enfant syphilitique qui meurt à 6 mois; à la quatrième, enfant syphilitique qui succombe à 5 mois; enfin, même terminaison pour les deux dernières.

Cette observation, de même que les précédentes, force la conviction, et on

---

tâche avec un succès dont l'on ne peut que les féliciter. Les gravures de M. Champollion, d'après M. Adrien Moreau, destinées à un Ruy-Blas sont aussi fort belles. *La cribleuse de colza*, de M. J. Breton, gravée par M. Dautrey, ne mérite que des éloges; M. Dautrey a trouvé moyen dans sa gravure de donner l'impression, bien difficile à rendre cependant, du travail de maître; ce respect pour l'œuvre à interpréter on le retrouve aussi dans la gravure de M. Bracquemond, qui a rendu excellemment le beau tableau de Millet, *La Bergère regardant un vol d'oies sauvages*. M. Charles Jacque expose deux eaux-fortes originales : *La Grande pastorale* et *Un Troupeau de porcs;* ces nouvelles productions d'un maître incontesté ne dépareront pas son œuvre.

Parmi les gravures sur bois, notons les sept planches qu'a envoyées M. Dutheil d'après les dessins de M. Toudouze, pour leur chromique de Charles IX; le portrait de M. l'abbé Croze, par M. Chapon, et enfin l'envoi de Mlle Cl. Berger : *Cabane de bûcheron dans la vallée de Vaux-de-Cernay*, d'après M. Dameron.

Dans le camp des burinistes, nous trouvons M. Jacquet qui a reçu la médaille d'honneur. Il a exposé le portrait de la fondatrice de l'Ordre des Petites-Sœurs des Pauvres, d'après Cabanel, dont c'est une des meilleures œuvres; le visage sévère de la religieuse est très finement modelé. Notons encore le portrait du cardinal de Richelieu, d'après Philippe de Champvigne, par M. Deveaux, gravure destinée à la calcographie du Louvre.

Les aquarelles nous offrent à admirer *Céramique*, de M. Larsson. Une jeune femme, assise dans un jardin, décore d'un pinceau léger les assiettes qu'elle se prépare à envoyer

peut tirer de toutes cette conclusion que l'hérédité maternelle est infiniment plus nocive que l'hérédité paternelle.

La deuxième proposition que nous avons émise au début de cette leçon est celle-ci : l'hérédité mixte est plus nocive que l'hérédité exclusive d'un des géniteurs.

Il y a plus à craindre pour l'enfant quand le père et la mère sont malades que quand l'un d'entre eux seulement est frappé.

On pourrait se passer d'insister sur ce point. Le danger devient, en effet, très grand pour l'enfant, puisque deux influences nocives sont réunies contre lui. L'expérience confirme les inductions ; les observations abondent, et je ne vous en citerai qu'une seule due à Diday.

Une femme syphilitique se marie à un homme sain et en a plusieurs enfants sains. Mais, plus tard, elle se rapproche de l'homme qui lui avait donné la vérole avant son mariage et elle devient enceinte de lui : l'enfant naît syphilitique. Ainsi, quand un seul géniteur était syphilitique, il y a eu des enfants sains; les deux étant malades, un enfant syphilitique est né. Il est difficile de trouver un cas plus démonstratif.

J'ai voulu aller plus loin dans ces recherches, et déterminer aussi exactement que possible quel était le danger au point de vue de la nocivité et de la mortalité : j'ai donc établi séparément les indices de nocivité et de mortalité pour les cas où le père seul était malade, où la mère seule était atteinte, où les deux géniteurs étaient syphilitiques, et j'ai comparé ces différents cas les uns avec les autres. On peut résumer les résultats obtenus dans le tableau suivant :

| | Indice de nocivité. | Indice de mortalité. |
|---|---|---|
| Hérédité paternelle............ | 37 p. 100. | 28 p. 100. |
| — maternelle.............. | 84 — | 60 — |
| — mixte................ | 92 — | 68 — |

Si nous voulons traduire ce tableau en langage courant, il en résulte que l'hérédité paternelle est celle qui s'exerce le moins souvent et qui

chez le cuiseur; jolie femme, jolie couleur, joli paysage, et on ne saurait reprocher à l'œuvre de M. Larsson qu'un peu de langueur. C'est avec grand plaisir que nous avons vu le *Château de Loches*, de M. Lansyer; nous venons d'avoir l'occasion de visiter le modèle et il a fort bien rendu l'état de délabrement où se trouve maintenant ce précieux débris.

Parmi les négligés, il nous reste à parler des miniaturistes. Cependant peut-être sommes-nous prêts d'assister à la renaissance de cet art charmant qui nous a laissé de si jolis portraits et qui convient si bien aux mains féminines. On a donné, pour la première fois, le prix Maxime David, et l'heureux vainqueur est Mlle Pomey. Il y aurait peut-être quelques petites observations à faire sur le choix peu heureux du jury, et les voix des maîtres et des amis de Mlle Pomey sont sans doute pour beaucoup dans son succès; mais enfin il faut se montrer satisfait de voir l'attention revenir vers la miniature. Mme Contal nous a donné des portraits dont l'un, celui d'une jeune dame de profil, est absolument charmant. Mme Chéron, sans doute occupée par l'exposition décennale, a envoyé seulement un portrait de jeune femme blonde dont nous voudrions bien connaître le modèle, et enfin Mlle Bernamnot et Me Isbert des œuvres où l'on remarque leurs qualités habituelles.

Dr Noreck.

donne la mortalité moindre; — que l'hérédité maternelle est infiniment plus dangereuse, puisqu'elle s'exerce deux fois plus souvent que l'hérédité paternelle, puisque l'indice de mortalité pour elle est plus que double de celui de l'hérédité paternelle, puisqu'elle est, en un mot, plus de deux fois plus fréquente; — que l'hérédité qui atteint l'apogée la plus redoutable est la mixte, puisque les indices les plus élevés se trouvent pour elle.

Ces chiffres sont donc absolument significatifs.

Etudions maintenant les diverses conditions plus ou moins connues qui peuvent influer sur l'hérédité syphilitique.

Un fait qui est certain, dont la constatation s'impose dès que l'on étudie le sujet, est le suivant : l'hérédité syphilitique n'est pas fatale, n'a rien d'obligatoire, rien de certain. Il en est ainsi, que ce soit le père ou la mère seuls qui soient atteints ou que la vérole ait frappé les deux géniteurs.

Pour ce qui concerne le père, je vous en ai déjà parlé dans les précédentes leçons et vous ai relaté des faits à l'appui; il me serait facile de vous en citer beaucoup d'autres, mais je ne veux vous en rapporter qu'un seul, recueilli par Langlebert : Un mari syphilitique infecte sa femme et en a deux enfants syphilitiques; ce même homme prend une maîtresse et en a un enfant sain qui a cependant hérité d'une malformation du pouce qui existe dans la famille de son père. Cet enfant hérite donc d'une anomalie de conformation et n'hérite pas de la vérole.

L'hérédité n'est pas davantage fatale quand la mère seule est atteinte. Là encore les exemples abondent. C'est ainsi que dans le service nous avons pu voir une femme avec un enfant sain présenter une glossite ulcéreuse des plus manifestes.

Enfin l'hérédité mixte elle-même n'est pas forcée et de très nombreuses observations le prouvent.

S'il en est ainsi, si l'hérédité s'exerce ou ne s'exerce pas selon les cas, quelles en sont les raisons? Elles existent certainement puisque dans la nature rien n'existe sans cause; c'est donc l'étude de ces raisons que nous devons maintenant aborder.

Il faut tout d'abord dire, et c'est du reste presque superflu, que nous ne connaissons pas toutes les causes de ces variétés de l'hérédo-syphilis. Mais de même que nous ne savons pas tout, nous n'ignorons pas tout, et il convient d'établir le bilan de nos connaissances.

Un grand point domine la question et doit être mis en vedette : l'âge de la syphilis. C'est là un fait connu de vieille date. Il y a quelque temps si vous aviez interrogé au hasard un médecin, il vous aurait presque certainement répondu que la syphilis ancienne n'offre plus de danger, que la vérole tertiaire n'est plus héréditaire. Cette affirmation hardie repose sur un fait vrai. Il est absolument réel que le temps est un correctif, qu'il use, atténue, amoindrit, voire même annihile l'hérédité syphilitique, et on peut réunir en faveur de cette proposition un grand nombre de témoignages qui démontrent tous l'influence du temps.

Trois de mes clients syphilitiques non traités au début ont eu des enfants sains. Ils se sont cependant mariés aux étapes suivantes de leur vérole : six ans, cinq ans, onze ans.

L'hérédo-syphilis tue d'abord l'enfant au début de la gestation, puis à huit ou neuf mois; bientôt elle le laisse naître, mais non viable, presque moribond. Dans la suite l'enfant naît syphilitique et meurt bientôt, naît syphilitique et vit, et enfin il finit par naître sain.

Un de mes clients se maria à la quatrième année de sa syphilis et fut quatre fois père. A la première grossesse sa femme avorta à trois mois; à la seconde, à six mois; à la troisième l'enfant naquit syphilitique; à la quatrième il naquit sain.

Encore un exemple. Un médecin, syphilitique, se traite pendant six mois, puis se marie à une femme saine qui a 11 grossesses. Dans les deux premières, l'enfant est mort-né; les troisième et quatrième enfants naissent aussi syphilitiques et meurent rapidement; les sept derniers naissent aussi syphilitiques, mais vivants.

La même atténuation a lieu par le temps pour l'hérédité mixte et un grand nombre d'observations probantes ont été réunies par Diday, Berger et bien d'autres.

Exemples : Dans un ménage syphilitique se produisent 6 grossesses. Dans la première, l'avortement a lieu à six mois; dans la deuxième à huit mois et l'enfant vit huit heures; dans la troisième il naît à terme un enfant mort; ; dans la quatrième un enfant syphilitique mort à terme et vit dix-huit jours; dans la cinquième un enfant syphilitique vit six semaines; enfin, dans la dernière, l'enfant syphilitique survit définitivement.

Encore une observation due à Mireur (de Marseille). Un jeune maçon, syphilitique, se marie au début de la période secondaire et contagionne sa femme. Les deux jeunes époux ne se traitent pas et 8 grossesses surviennent. Dans la première, avortement à cinq mois; dans la seconde, à sept mois; pour la troisième, accouchement avant terme d'un enfant mort; pour la quatrième et la cinquième, l'enfant naît à terme, syphilitique, et meurt à trente et quarante-cinq jours. Enfin, à la suite des sixième, septième et huitième grossesses, il naît des enfants sains qui vivent.

Ce sont là des faits éloquents qui se passent de commentaires. La conclusion s'impose ; le temps diminue l'influence de la vérole au point de vue de l'hérédité.

Ceci admis en principe, peut-on aller plus loin encore et déterminer l'influence du temps d'une manière plus précise? J'ai pensé que oui, et de l'étude d'un grand nombre d'observations il m'a paru ressortir trois grandes propositions, que je ne craindrais pas, que l'on me pardonne ce mot ambitieux, d'appeler des lois :

1° C'est d'abord que l'hérédo-syphilis se produit presque toujours à une époque qui correspond aux trois premières années de la maladie;

2° C'est ensuite que le maximum de ce maximum, si je puis m'exprimer ainsi, répond aux premiers temps de la maladie, à sa première année;

3° C'est enfin qu'après les trois premières années la décroissance de l'influence hérédo-syphilitique se continue d'une façon incomparablement moins rapide.

Ces propositions ne font que résumer l'enseignement qui résulte des chiffres; 239 grossesses que j'ai relevées m'ont fourni 178 morts, et le tableau suivent va vous montrer la répartition de ces morts :

*Mortalité hérédo-syphilitique aux divers âges de la maladie, d'après 239 observations.*

| | |
|---|---|
| 1re année (après l'infection des parents) | 88 |
| 2e — — | 36 |
| 3e — — | 17 |
| 4e — — | 7 |
| 5e — — | 5 |

| | | |
|---|---|---|
| 6e année (après l'infection des parents) | ........................ | 6 |
| 7e — | — ........................ | 5 |
| 8e — | — ........................ | 5 |
| 9e — | — ........................ | 1 |
| 10e — | — ........................ | 1 |
| 11e — | — ........................ | 2 |
| 12e — | — ........................ | 3 |
| 13e — | — ........................ | 1 |
| 20e — | — ........................ | 1 |
| | | 178 |

Analysons ce tableau. Que trouvons-nous? Que dans les trois premières années il meurt les quatre cinquièmes des enfants qui doivent mourir. La première année, il meurt 88 enfants, plus de la moitié de la mortalité totale; la deuxième année, il y a deux tiers de cas de mort de moins que dans la première; la troisième année, la moitié des cas de la deuxième; la quatrième année, le chiffre de la mortalité ne s'élève même pas à la moitié du chiffre constaté la troisième année. Au delà de la quatrième année, la décroissance se ralentit beaucoup, et du reste les chiffres qui suivent ont moins d'intérêt.

On voit donc qu'il y a dans la syphilis une période éminemment dangereuse au point de vue des conséquences héréditaires et que cette période s'étend sur les trois premières années. On voit donc que c'est pendant la période secondaire que le danger est excessif, et que le maximum du danger répond à la première année de la maladie, aux premiers mois de la syphilis. La première année de la vérole peut être dite l'année terrible, car alors elle tue l'enfant.

C'est l'année terrible, et je vais le prouver. J'ai vu ceci : 90 femmes sont contagionnées par leur mari et deviennent enceintes dans la première année de leur syphilis à elle. Il y a 50 avortements, 38 enfants naissent, 2 survivent. *Deux* enfants vivants et *quatre-vingt-huit* morts, sur 90 grossesses, tel est le bilan.

Et, Messieurs, ces chiffres n'ont pas été pris à Lourcine, à l'hôpital, sur des malades surmenées, se livrant à la débauche, mais dans un milieu bourgeois, quelquefois même aristocratique, dans un milieu essentiellement favorable à l'évolution normale de la grossesse. Quelle leçon pour les sujets qui veulent se marier dans la jeunesse de leur syphilis!

Maintenant étudions une autre question. Est-il un âge au delà duquel l'hérédo-syphilis ne soit plus à craindre, et si cet âge existe, quel est-il? Sur ce point on ne peut répondre d'une façon absolue. Je sais que la syphilis héréditaire arrive à ne plus exister, je l'affirmerai presque, mais je ne peux aller plus loin.

Deux faits sont cependant acquis, l'un favorable, l'autre défavorable. Le premier est que, après un certain nombre d'années, quand la syphilis vieillit, l'hérédité s'atténue tellement qu'elle devient presque nulle.

Les observations abondent, en ville et à l'hôpital, d'hommes devenus syphilitiques et s'étant mal soignés qui se sont mariés les sixième, huitième, dixième, douzième année de leur vérole et qui ont eu des enfants sains. Il y a donc épuisement de la transmission héréditaire par le temps.

Le fait non favorable est le suivant : même dans ces périodes avancées la syphilis peut encore se transmettre héréditairement, il y a syphilis héréditaire à long terme. Elle est rare, mais elle est authentique. Même sur ses

vieux jours donc la vérole peut se manifester d'une de ses manières les plus fâcheuses.

Cette conviction si répandue que la syphilis tertiaire n'est pas héréditaire est une erreur absolue. C'est une erreur fondée sur une grosse part de vérité, mais c'est une erreur. Sans aucun doute, la syphilis s'épuise et s'atténue, mais la faculté de transmission disparaît-elle après la période secondaire? L'espérer est un leurre et est contredit par les enseignements de la clinique. Il existe une quantité de cas où l'hérédo-syphilis s'est exercée dans la période tertiaire, à la sixième, huitième, dixième, quinzième, vingtième année même, et en voici la preuve.

Un de nos malades contracte la syphilis en 1873; il se marie dix ans après et a un enfant syphilitique. Hutchinson a observé aussi la transmission après dix ans. Dans d'autres faits, un père et une mère infectés depuis quinze ans donnent le jour à un enfant syphilitique.

Les avortements qui sont si communs dans les ménages syphilitiques peuvent encore nous servir de preuve. Des hommes se mariant à une période avancée de leur vérole, leurs femmes deviennent enceintes et avortent. Tous les accoucheurs vous raconteront des faits de ce genre. Un de mes malades se marie à la septième année de sa syphilis; sa femme a trois grossesses successives et elles se terminent toutes trois par des avortements. Un homme épouse une femme saine la neuvième année de sa vérole, trois grossesses surviennent et il y a trois avortements.

Un médecin attrape la syphilis et se traite pendant six mois. Plus tard, il épouse une femme saine qui devient enceinte trois fois, la huitième, la dixième et la douzième année de la vérole du mari, elle avorte les trois fois. Ce médecin consulte et se traite, deux grossesses se terminent par la naissance de deux enfants bien portants.

En résumé, un enfant syphilitique peut naître d'un homme syphilitique dont la maladie remonte à huit, dix, douze ans. La syphilis tertiaire est donc transmissible.

Dans un autre ordre de faits, nous voyons l'hérédité syphilitique se produire en série pendant un grand nombre d'années. La continuité des résultats fournit alors un irrécusable témoignage.

Une dame infectée par son mari a 10 grossesses. 9 se terminent par avortement de deux à sept mois; la dernière par la naissance d'un enfant syphilitique. Or, au moment de la conception de ce dernier enfant, la syphilis de la mère avait seize ans de date.

Une femme syphilitique a 11 grossesses et 11 enfants mort-nés; dans la quatorzième année de sa syphilis, elle a un enfant syphilitique.

Une autre a 12 enfants syphilitiques... Je pourrais vous citer encore bien des observations de ce genre.

De tout cela, il résulte que bien certainement il existe ce que l'on peut appeler l'hérédité syphilitique à long terme et que par conséquent l'hérédité syphilitique s'exerce dans la période tertiaire.

C'est là un résultat général. J'ai essayé de préciser davantage et le tableau suivant vous montre les résultats que j'ai obtenus à partir de la sixième année, en relevant les cas d'infection syphilitique de l'enfant, d'avortements, de morts par affections para-syphilitiques, toutes manifestations de l'hérédo-syphilis.

| Années. | Infection syphilitique de l'enfant. | Avortement. | Mort par affections para-syphilitiques. | Total de nocivité. |
|---|---|---|---|---|
| 6e | 8 | 12 | 4 | 24 |
| 7e | 3 | 7 | 9 | 19 |
| 8e | 1 | 7 | 2 | 10 |
| 9e | 1 | 8 | 2 | 11 |
| 10e | 2 | 4 | 1 | 7 |
| 11e | 1 | 4 | » | 5 |
| 12e | » | 3 | 1 | 4 |
| 13e | » | 3 | 1 | 4 |
| 14e | » | 2 | 1 | 3 |
| 15e | 2 | 1 | » | 3 |
| 16e | 1 | 1 | » | 2 |
| 17e | » | 1 | » | 1 |
| 19e | 1 | » | 1 | 2 |

Ce tableau est basé sur 562 cas qui ont fourni 10 p. 100 d'hérédo-syphilis à long terme. C'est-à-dire que, sur 10 syphilis héréditaires, 1 dérive d'une vérole ancienne.

Quel est le terme le plus éloigné où l'on ait vu se produire l'influence hérédo-syphilitique? Personnellement, je l'ai vue quinze, seize ans après l'accident initial. Passé ce terme, je n'affirme plus absolument, bien que mon interne soit sur le point de publier une observation recueillie dans le service et où la transmission héréditaire s'est produite après dix-huit ans. D'autres auteurs ont aussi vu des syphilis très anciennes se transmettre. Campbell a vu l'hérédo-syphilis se produire la dix-septième année, Weil et Henoch la vingtième. Ce sont là, il est vrai, des faits exceptionnels, absolument rares, mais ils n'en existent pas moins et prouvent que l'hérédité syphilitique s'étend loin dans la période tertiaire.

Il faut enregistrer avec soin cette conclusion, car elle entraîne des applications pratiques importantes. En effet, il ne faut pas cesser de lutter contre la vérole et permettre le mariage en se basant sur les seules conditions d'âge de la maladie. Il faut toujours exiger d'autres garanties dont le traitement est la première.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADEMIE DES SCIENCES

*Un procédé de blépharoplastie applicable aux cas où les procédés connus ne peuvent suffire*, par M. DIANOUX. « Ce procédé, que j'appelle *blépharoplastie à pont*, consiste à rendre les nouvelles paupières, reconstituées, comme dans la méthode de simple blépharoplastie, indépendantes du tissu dont on les a séparées, pendant tout le temps que dure le processus de rétraction de la cicatrice. L'opération comprend deux phases séparées par un intervalle de plusieurs mois, si l'on n'a pas fait de greffe ou si celle-ci a échoué :

*Première phase.* — On fait, avec le bistouri, dans toute l'épaisseur du tissu cicatriciel, une incision curviligne commençant à 5 millimètres environ de la commissure interne des paupières dans le plan vertical, passant par son sommet pour se terminer à semblable distance de la commissure externe; elle circonscrit, entre elle et le bord ciliaire, une hauteur de tissu suffisante pour la nouvelle paupière. Une seconde incision, inscrite dans la précédente, divise la conjonctive dans la ligne qu'occupe ou doit occuper le fond du cul-de-sac, Si l'on fait la blépharoraphie, on procède alors à l'avivement du bord ciliaire, puis le lambeau cutané ou plutôt cicatriciel est disséqué, en lui donnant l'épaisseur néces-

saire, et remonté ou abaissé jusqu'à occuper une situation convenable, c'est-à-dire une ligne horizontale passant par les commissures. On fait ensuite la suture des bords ciliaires l'un à l'autre pour joindre les deux paupières en une seule. On procède, en dernier lieu, au point spécial de l'opération qui consiste à souder très soigneusement et très exactement le bord libre de la paupière avec le bord conjonctival rendu libre par la deuxième incision et disséqué dans l'étendue suffisante. C'est de la bonne exécution de cette suture que dépend le succès. On panse en plaçant une lame de protective entre le bord périphérique palpébral et le tissu de la face d'où il a été détaché, puis on applique une autre lame plus grande de protective sur l'ensemble des paupières.

*Deuxième phase.* — Quand la cicatrisation de la plaie est définitive et qu'il n'y a plus de rétraction à redouter, soit quatre ou cinq mois au moins après la première intervention, on fait l'avivement du bord périphérique palpébral et on l'insère dans une rainure ouverte au bistouri, dans la face, au point convenable pour restituer à la paupière une situation favorable et un fonctionnement normal. Quelques points de suture le fixent et sont enlevés aussitôt que possible.

Pour la paupière supérieure, il y a lieu de tenir compte du releveur; son tendon doit être recherché avec le crochet à strabisme, détaché, puis suturé près du bord orbitaire et, lors de la seconde phase, on le détache à nouveau et on l'insère dans la paupière dédoublée à cet effet.

---

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 juin. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Extirpation des anévrysmes. — Traitement des fibromes utérins par l'électrisation.

M. Trélat fait un rapport sur une observation de M. Cellier (de Laval) dont il a déjà eu occasion de parler. Il s'agit d'une femme de 43 ans qui fut blessée par la pointe d'un couteau au milieu du bras gauche. Peu de jours après l'accident apparut une tumeur qui augmenta peu à peu de volume jusqu'à mesurer 11 centimètres de diamètre et présenta les symptômes d'un anévrysme. De très vives douleurs, de la gêne circulatoire, la crainte d'une rupture rendirent une intervention indispensable.

M. Cellier se décida pour l'extirpation. Après avoir lié l'artère humérale, il ouvrit la tumeur, enleva les caillots, et après avoir isolé autant que possible les parties environnantes, et surtout le nerf médian qui traversait l'anévrysme, il lia au-dessus et au-dessous et réséqua en partie le sac. On évita de suturer les extrémités de la plaie et les fils à ligature servirent de drains. La guérison survint rapidement avec suppuration et fut suivie d'une atrophie du membre avec gêne fonctionnelle.

M. Trélat n'a pu relever que quatre cas comparables à celui de M. Cellier. Ils appartiennent à Purmann, Chapelle, Roux et Stieva. Dans celui de Chapelle, la tumeur s'était développée consécutivement à une saignée, et, la méthode d'Anel ayant échoué, on dut pratiquer l'extirpation. L'opération de Roux résulta d'une erreur de diagnostic; enfin, dan la dernière, l'extirpation fut faite volontairement après ligature.

Il est évident qu'un grand nombre d'opérations du même genre ont été pratiquées sur des artères situées sur des points divers, mais, pour le bras, M. Trélat n'a pu relever que les quatre qu'il a cités. Il ne pense pas qu'une ligature primitive sur l'humérale soit nécessaire; il suffit de lier au-dessus et au-dessous de l'anévrysme bien découvert. Si l'on se sert de bon catgut, on pourra obtenir la réunion sans suppuration. Ce point est fort important, car M. Trélat pense que les inconvénients consécutifs à l'extirpation peuvent être évités quand il y a réunion primitive.

M. Lucas-Championnière fait remarquer que les résultats obtenus par M. Cellier sont en définitive peu satisfaisants, puisqu'il y a eu suppuration et cicatrice vicieuse. Probablement l'antisepsie aura été mal faite, ce qui aura empêché la réunion primitive. Il pense que les soins antiseptiques doivent être minutieux dans ce genre d'opération. La double ligature aurait peut-être donné de meilleurs résultats et elle aurait permis de

ne pas contondre le nerf médian au moment des manœuvres de dégagement de la tumeur. La suppuration dans cette opération aurait pu être bien plus facilement évitée. M. Lucas-Championnière regarde les extirpations d'anévrysme comme très difficiles et ne devant être tentées que lorsqu'on se trouve dans des conditions opératoires excellentes.

M. Desprès rappelle qu'il y a quinze ans que la Société a discuté la question de l'extirpation des anévrysmes et a posé les indications qui doivent guider le chirurgien. Depuis cette époque, M. Desprès a traité de cette manière un anévrysme du premier espace interosseux de la main et un de la temporale, et a eu deux succès. Les accidents qu'a eus M. Cellier tiennent à ce que l'anévrysme était devenu un peu diffus. L'extirpation est le meilleur traitement quand l'enkystement est parfait. La ligature seule, au-dessus et au-dessous du sac, n'est pas moins grave et expose à la suppuration du sac.

M. Terrier est partisan, dans des cas semblables, de la résection de la tumeur. Avant de juger ce mode de traitement, il faut attendre d'avoir assez de faits, car les opérations anciennes avec leurs procédés et leurs pansements sont à rejeter.

M. Trélat n'a pas voulu discuter le traitement opératoire des anévrysmes, et regarde le sujet comme trop peu étudié pour que l'on puisse se prononcer en connaissance de cause. Pour lui, M. Cellier a bien fait d'opérer, étant données les conditions où il se trouvait.

M. Bouilly reprend la discussion du traitement électrique des fibromes de l'utérus. Pour lui, ce qui résulte des observations que l'on a publiées, c'est que l'on observe souvent l'atténuation des symptômes. Les hémorrhagies, les douleurs diminuent ou cessent, cela est vrai, mais la tumeur ne disparaît pas. Les principaux symptômes auxquels donnent lieu les fibromes sont susceptibles d'amélioration spontanée ou sous l'action d'un traitement quelconque, de même que la tumeur elle-même se modifie parfois rapidement.

C'est surtout au moment de la ménopause que se produisent ces alternatives, de telle sorte que les accidents semblent successivement s'aggraver et s'améliorer. Dans ces cas, si après l'application du traitement électrique on observe une amélioration, elle n'est due qu'à l'évolution naturelle des choses et n'est pas attribuable à l'intervention thérapeutique. Du reste il est bien difficile d'admettre que des modifications anatomiques du fibrome se produisent après quelques séances d'électrisation.

Personnellement M. Bouilly a recueilli quatre observations dans lesquelles le traitement électrique avec des intensités élevées a d'abord donné lieu à de l'amélioration; mais cette amélioration n'a pas persisté et l'on a bientôt été obligé de recourir à un autre traitement. Dans un autre fait, c'est M. Danion lui-même qui a fait l'application de l'électricité. Cette dernière a bien atténué quelques-uns des symptômes, mais elle n'a pas fait diminuer le volume du corps fibreux; cependant des exsudats péri-utérins qui étaient cause d'une constipation persistante ont beaucoup diminué.

Il faut donc faire des réserves sur l'utilité du traitement électrique que l'on peut du reste toujours tenter quand on n'a rien autre à employer.

M. Schwartz rapporte un fait favorable à l'emploi de l'électrisation. Un fibrome de la paroi antérieure développé chez une femme de 30 ans comprimait la vessie et donnait lieu à d'abondantes hémorrhagies et à des douleurs persistantes. Différents traitements ayant été tentés sans résultat, on recourut à l'électrisation en plaçant le pôle positif dans la cavité utérine et en employant d'abord un courant ordinaire, 60 milliampères. L'intensité fut portée ensuite à 100, puis 130 milliampères. On faisait une séance tous les trois ou quatre jours, et la malade en subit 18 en deux mois. Tous les phénomènes s'amendèrent, la cavité utérine se rétrécit, le fibrome se réduisit sans toutefois disparaître, et, actuellement, la malade a recouvré la santé.

M. Kirmisson relate un cas qu'il a observé cette année. La malade, âgée de 48 ans, présentait une tumeur énorme, interstitielle, ne causant guère que des phénomènes

d'oppression et n'entraînant pas d'hémorrhagies. En quatre mois elle a subi 18 séances de traitement électrique, 11 négatives, 7 positives, l'intensité ayant atteint jusqu'à 200 milliampères. L'application a souvent donné lieu à des douleurs.

La tumeur a peu diminué, mais l'état s'est amélioré au point de vue de la gène; la respiration et la digestion se font mieux.

En somme, le traitement électrique peut être utile quand on est embarrassé pour soulager les malades.

M. Segond regarde le traitement en discussion comme devant être employé quand on ne peut faire autre chose. Il améliore les douleurs et l'état général et avance peut-être l'époque de la ménopause qui est souvent retardée dans les cas de fibrome.

M. Segond rapporte le cas d'une malade âgée de 47 ans qui souffrait d'une tumeur très volumineuse entraînant des pertes abondantes et parfois des accidents péritonitiques. L'électricité a été appliquée 23 fois sur elle; il y a eu 22 séances positives et 1 négative et l'intensité a été portée jusqu'à 250 milliampères. Il y a eu des douleurs, mais pas de réaction inflammatoire. Les douleurs et les hémorrhagies ont cessé et la tumeur a beaucoup diminué. La malade peut actuellement faire son travail.

M. Le Dentu a employé le traitement électrique avec des résultats variables. Une de ses malades, âgée de 45 ans, avait des fibromes multiples qui causaient des ménorrhagies et des douleurs; 8 séances d'électrisation, l'intensité du courant ne dépassant pas 180 milliampères, améliorèrent beaucoup la situation. Les ménorrhagies ne disparurent pas, bien que l'électrisation ait été appliquée une seconde fois. Il se développa quelques points de sphacèle sur la muqueuse vaginale.

M. Le Dentu rapporte un autre cas où la malade, jeune, fut très améliorée par 18 séances d'électrisation. Bientôt le traitement ne fut plus supporté et la tumeur reprit son volume primitif.

M. Le Dentu peut citer d'autres faits où il y a eu des améliorations notables. Il regarde le traitement comme palliatif.

M. Routier montre le sac oblitéré d'un anévrysme de la poplitée ayant entraîné la gangrène de la jambe.

Quatre places de correspondants nationaux sont déclarées vacantes.

## FORMULAIRE

### Lotion contre le pityriasis. — Hillairet et Gaucher.

| | |
|---|---|
| Hydrate de chloral | 3 grammes. |
| Glycérine | } àà 25 — |
| Alcool | |
| Eau | 100 — |

F. s. a. une solution, pour lotionner le cuir chevelu atteint de pityriosis alba. La lotion est faite tous les jours d'abord, puis tous les 2 jours, puis une fois par semaine, selon l'amélioration obtenue. — Le docteur Besnier emploie en pareil cas la décoction de saponaire, et surtout la décoction d'écorce de quillaya (bois de Panama.). — Dans les formes qui se rapprochent des lésions de l'eczéma, on peut recommander le bonnet de caoutchouc. Les pulvérisations d'eau tiède et les bains de vapeur rendent aussi des services. —

N. G.

## INFORMATIONS MÉDICALES

Un essai de mobilisation très intéressant vient d'avoir lieu à la gare de Perrache (*Lyon med.*, 1889, 22). On a adopté la superposition des blessés dans les wagons de marchandises utilisables pour la formation des trains sanitaires improvisés. Le rendement du

train se trouve ainsi doublé et il peut contenir 276 hommes couchés. On a dû modifier assez profondément l'ancien matériel afin de pouvoir placer douze brancards dans chaque wagon.

Le nouvel appareil de suspension dû à M. le docteur Delahousse et à M. Amelène diffère de l'ancien en ce que les traverses sur lesquelles reposent les brancards, au lieu d'être fixées directement aux parois du wagon, sont suspendues à des plaques de fer vissées au wagon. Celles de ces plaques de fer qui correspondent aux traverses de tête sont *munies* de *guides* dans lesquelles coulissent des anneaux attachés aux traverses : cette combinaison assure la stabilité de l'appareil qui est affermi encore par l'adjonction aux traverses d'étriers embrassant les pieds des brancards. Elle permet en outre d'utiliser les plaques indicatrices placées par les Compagnies dans les wagons qu'emploiera le service de santé aux endroits où doivent être percées les parois.

Les appareils ont été rapidement fixés aux wagons par des infirmiers, tandis que d'autres apportaient des hommes figurant des blessés. Le placement se fait très vite. Le seul inconvénient est qu'il sera quelquefois assez difficile de donner à boire aux blessés pendant la marche.

## COURRIER

Notre distingué collègue, M. Dumontpallier, nous adresse la rectification suivante, à laquelle nous nous empressons de faire droit.

Paris 13 juin 1889.

Mon cher ami,

Dans le compte rendu de l'Académie, l'*Union médicale* me fait dire que le traitement de l'endométrite chronique par le chlorure de zinc « la guérison définitive est survenue *du 90e au 150e jour* ».

C'est là une erreur qui ne fait guère l'éloge de mon traitement!

La guérison a lieu du 14e au 19e jour après la cautérisation, ce qui est bien différent.

Je ne doute pas mon cher ami que vous teniez à réparer ce lapsus typographique.

Bien à vous,

Am. Dumontpallier.

Hôpitaux d'Amiens. — Par suite du décès de M. le docteur Peulevé, les mutations suivantes ont lieu dans les services des hôpitaux d'Amiens.

M. Bax est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Peulevé.

M. Huber est nommé médecin de l'Hôtel-Dieu, en remplacement de M. Bax.

M. Dhourdin est nommé chirurgien de la Maternité et médecin du service des enfants, en remplacement de M. Huber.

M. du Roselle est nommé suppléant des services de chirurgie de la Maternité et de l'Hôtel-Dieu.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



## De la paréso-analgésie.

Une des nomenclatures les plus mauvaises, en pathologie, est celle qui consiste à nommer les maladies nouvellement individualisées du nom du médecin qui les a le premier décrites. Sans parler du chauvinisme scientifique qui fait que la même maladie porte dans des pays voisins des noms différents, il résulte de ce mode de désignation une confusion forcée, les noms propres se multipliant rapidement dans des proportions considérables. Aussi intitulons-nous cet article : *Paréso-analgésie*, bien que le complexus symptomatique dont nous voulons parler soit habituellement désigné sous le nom de : *Maladie de Morvan.*

Les premières observations furent, en effet, publiées par Morvan, en 1883, dans la *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie.* Depuis il en a été relevé 29 qui sont dues à MM. Morvan, Guéniot, Broca, Prouff, Colleville, Monod, Reboul, D'Oger de Spéville. L'observation de M. Prouff ayant pu être complétée par l'examen nécropsique a donné lieu à une intéressante communication faite à la Société médicale des hôpitaux et l'on peut tracer actuellement un tableau à peu près complet de l'affection. La remarquable thèse du docteur D'Oger de Spéville nous servira du reste constamment de guide.

### I

La maladie débute habituellement dans la jeunesse et les hommes sont bien plus souvent atteints que les femmes. Ce dernier fait tient probablement à ce que la paréso-analgésie semble avoir parfois nettement une origine périphérique, un traumatisme. On a aussi noté la gelure. D'autres fois, il semble qu'une maladie infectieuse ait été la cause déterminante des accidents, et cette influence apparaît bien nettement dans l'observation de D'Oger de Spéville, d'après laquelle la maladie a débuté après une fièvre typhoïde. Peut-être y aurait-il là un rapprochement intéressant à faire, M. Marie ayant signalé il y a déjà quelque temps l'action que les maladies infectieuses peuvent avoir sur le développement des affections médullaires?

La scoliose semble devoir être rangée à la fois parmi les effets et parmi les causes; au moins ce dernier rôle peut-il lui être attribué d'après l'observation de MM. Prouff et Broca.

II

L'anatomie pathologique n'est connue que par l'observation de M. Prouff. L'examen anatomique a été fait par MM. Gombault et Reboul.

Voici le résumé des constatations qui ont été faites. Les lésions ayant siégé surtout sur le territoire du médian, c'est ce dernier nerf qui présente les altérations les plus accentuées. Les nerfs collatéraux des doigts ne contiennent plus de tubes normaux; c'est à peine si, après traitement par l'acide osmique, quelques tubes présentent çà et là des boules noires; le reste du nerf est remplacé par des faisceaux conjonctifs. Les lésions sont encore très accusées au poignet, et c'est seulement à la partie supérieure de l'avant-bras que quelques fibres normales commencent à reparaître. Au niveau du plexus, les lésions ne sont plus que très légères. En faisant des coupes transversales, on voit qu'au doigt le tissu interfasciculaire est épaissi ainsi que les faisceaux, et que la gaine lamelleuse a au moins triplé de volume. Au poignet, c'est la grande quantité de tissu conjonctif interfasciculaire qui augmente le volume des nerfs; il y a très peu de fibres à myéline dans les faisceaux nerveux qui sont très petits. Les artères sont très épaissies et la lésion surtout prononcée sur les vaisseaux intrafasciculaires dont beaucoup sont oblitérés. Le nerf cubital est légèrement atteint.

Les ganglions rachidiens sont normaux; les racines antérieures cervicales renferment un certain nombre de fibres privées de myéline. A la région lombaire, un grand nombre des fibres des racines postérieures ont des cylindres axes qui ne se colorent pas par le carmin.

La moelle a présenté les altérations suivantes : tractus scléreux compacts sur toute l'étendue du cordon de Goll. Au niveau du renflement cervical, la dure-mère est épaissie et les sillons occupés par des bandes fibreuses avec des vaisseaux dont la cavité est rétrécie. Toute la zone corticale est légèrement sclérosée; quelques cellules des cornes antérieures sont arrondies, sans prolongements ni noyaux. Les cornes postérieures sont petites, à tissu dense et scléreux, et le cordon de Goll sclérosé. Il y a beaucoup de tissu conjonctif dans les zones radiculaires postérieures et beaucoup de vaisseaux ont leur cavité rétrécie ou même oblitérée. Le canal central est très volumineux et la substance grise centrale contient beaucoup moins de tubes que normalement. La région centrale tout entière est parfois réduite en détritus ou occupée par une cavité qui envoie ses prolongements dans les cornes postérieures; cette dernière résulte du départ du détritus qui est formée d'un mélange de tubes nerveux et de tissu conjonctif.

A la région dorsale, le cordon postérieur est légèrement sclérosé et la pie-mère épaissie.

Il y a encore une sclérose très légère des cordons postérieurs au niveau du renflement lombaire.

Nous avons déjà dit que la scoliose était fréquente. Dans le cas de M. Prouff, elle était très considérable et rendit laborieuse l'extraction de la moelle. Il y avait une infiltration sanguinolente entre les méninges et le canal rachidien.

MM. Gombault et Reboul font remarquer qu'au point de vue anatomique, le fait le plus important est assurément : « 1° La coexistence de lésions portant à la fois sur les nerfs périphériques et sur la moelle épi-

nière; 2° d'autre part, la prédominance très marquée, sinon la présence exclusive de ces lésions dans le renflement cervical de la moelle et dans les nerfs des membres supérieurs, c'est-à-dire dans les parties du système nerveux correspondant aux régions où les symptômes ont été plus précoces et plus marqués ». La lésion des nerfs est celle de la névrite ascendante, et cette dernière avait déjà été constatée par MM. Monod et Reboul dans l'examen d'un doigt amputé pour panaris. Cette névrite reste localisée à la périphérie.

Du côté de la moelle il s'agit d'une sclérose du cordon postérieur, des cornes postérieures et probablement de la substance grise centrale. Il n'y a pas de syringomyélie. Les lésions sont, au maximum, au niveau du renflement cervical, mais l'épaississement de la pie-mère est généralisé. La lésion médullaire est, du reste, beaucoup moins prononcée que celle des nerfs.

M. Gombault « ne se sent pas autorisé à trancher la question de savoir si la lésion médullaire a déterminé celle des nerfs périphériques, ou si, au contraire, elle n'est pas la conséquence de cette dernière. Le fait de la double localisation doit, pour le moment, être seul retenu ».

La paréso-analgésie avait été rattachée à la syringomyélie par Roth, à la névrite périphérique par Monod et Reboul. Cette dernière est maintenant certaine, mais il est probable qu'elle est habituellement compliquée d'une lésion médullaire scléreuse qui est très différente de la syringomyélie.

## III

La maladie qui nous occupe se caractérise par un certain nombre de symptômes que nous allons successivement passer en revue.

L'*analgésie* est remarquable et constante; elle permet d'opérer sans qu'ils se plaignent les malades atteints de panaris. Au début de la maladie, elle n'atteint que la partie du membre qui est au voisinage du premier panaris; mais, lorsque ces derniers ont été nombreux, elle s'étend de plus en plus et se généralise à tout le membre supérieur. Quelquefois cependant la surface analgésiée est très grande, bien qu'il n'y ait qu'un seul panaris. L'autre côté est atteint dans la suite de l'évolution du mal, et les membres inférieurs, puis la face, le thorax peuvent être à leur tour privés de sensibilité. Cependant l'analgésie est alors mieux marquée sur le membre primitivement atteint, et au membre inférieur on n'a guère noté que l'affaiblissement de la sensibilité.

Tous les modes de la sensibilité sont parfois atteints et la thermo-anesthésie elle-même peut être complète. D'autres fois il y a dissociation, et, l'analgésie étant à peu près absolue, la sensibilité au contact est en partie conservée. Très fréquemment il y a des accès de douleurs vives qui sont surtout notés au début de la maladie et revêtent l'apparence de crises névralgiques; ils disparaissent ultérieurement. Le sens musculaire est atteint dans quelques cas.

Dans beaucoup d'observations, les phénomènes affectent la forme hémiplégique que nous allons retrouver aussi dans l'étude des troubles de la motilité.

L'atrophie musculaire, parfois apparente au premier coup d'œil, entraîne une grande diminution de la force du malade qui devient maladroit du membre atteint, ce dernier pouvant finir par être absolument impuissant.

Le membre inférieur du même côté est habituellement moins atteint. La parésie peut manquer (obs. de Guéniot, de Broca, de Morvan). Quand elle existe, elle ne remonte pas habituellement plus haut que le coude et s'accompagne d'un affaiblissement de la contractilité électrique.

Les troubles trophiques sont nombreux et importants puisqu'ils ont contribué à donner son nom à la maladie. Les plus fréquents sont les panaris qui sont souvent multiples. Ces panaris sont graves, aboutissent à des nécroses et à des éliminations osseuses; très rarement ils avortent (Morvan, Broca).

Tantôt l'évolution du panaris est douloureuse et fébrile bien que l'ouverture de la collection purulente et l'exploration de l'os soient indolentes; tantôt l'évolution elle-même est peu sentie, tantôt enfin, malgré les signes d'inflammation les plus nets, tout se passe sans douleur.

Il existe en même temps d'autres troubles trophiques : tantôt ce sont des gerçures profondes qui siègent au niveau des plis de la face palmaire et qui vont quelquefois jusqu'à la gaine de tendons; tantôt de l'œdème avec pâleur de la peau et atrophie des poils. Dans d'autres cas avec ou sans les lésions précédentes, l'épaississement de la peau devient considérable, il se forme des calus, des durillons qui peuvent se forcer et suppurer; souvent les ulcérations qui se forment ont les bords fortement calleux. Les crevasses fournissent un suintement sanguinolent. Les ongles sont dépolis et très cassants.

On conçoit que, jointes à la parésie et à l'atrophie musculaire, ces lésions aboutissent à des déformations considérables. C'est ainsi que dans l'observation du docteur Prouff (celle dont nous avons rapporté l'autopsie plus haut), à la main droite, le pouce a perdu sa deuxième phalange; l'index et le médius leurs deux dernières phalanges; l'annulaire est intact, mais la deuxième phalange est pliée à angle droit sur la première; le petit doigt est intact aussi, mais toutes les phalanges sont repliées les unes sur les autres. A la main gauche, le pouce a perdu l'ongle remplacé par une petite corne en forme de virgule; l'index, sa troisième phalange; le médius et l'annulaire ont perdu l'ongle; le petit doigt est intact, mais, comme les autres doigts de cette main, il est replié en dedans. A l'une comme à l'autre main, l'extension volontaire ou forcée est impossible. On se sent arrêté par la rigidité de la peau autant que par les tendons.

Quelquefois il y a en même temps des lésions plus profondes, telles que l'épaississement des extrémités inférieures du radius et du cubitus. Les artères ont souvent été trouvées athéromateuses.

La paralysie vaso-motrice est la règle. Le froid n'est pas senti, mais provoque de la cyanose. Au moindre exercice, le côté le plus atteint transpire, la pommette de ce même côté est plus colorée, la température moins élevée.

Par les progrès du mal les sensibilités spéciales peuvent se trouver atteintes. C'est ainsi que la vue baisse, que l'ouïe disparaît, que l'odorat, le goût se suppriment. De Spéville a insisté sur ce fait que les atrophies musculaires peuvent produire des déformations de la face qui simulent la paralysie faciale.

L'exploration des réflexes n'a conduit à aucun résultat bien net.

La maladie, qui procède par étapes et débute par un des membres thoraciques, a une marche essentiellement progressive. Le premier symptôme est tantôt une crise de douleurs névralgiques, tantôt un panaris, dans d'autres cas de l'engourdissement du membre. Bientôt se produisent les

troubles de la sensibilité et de la motilité dont nous avons parlé plus haut et apparaissent des panaris successifs qui, d'abord localisés d'un côté, se développent ensuite du côté opposé.

Quand la maladie continue à progresser, les membres inférieurs se prennent à leur tour et présentent des déformations des orteils, du mal perforant. Enfin, viennent les altérations des sensibilités spéciales, l'envahissement de la tête et du tronc.

Très grave par son évolution progressive, la maladie ne tue pas directement; dans le seul cas autopsié, la mort a été causée par une infection purulente suite de panaris. Par contre, elle dure indéfiniment et conduit à l'impotence au moins partielle. De plus, il peut survenir des complications. Les principales sont les fractures spontanées, des arthropathies uniques ou multiples, et enfin la scoliose. Cette dernière, dont nous avons déjà parlé, se montre, d'après Morvan, dans 6 cas sur 12 et est souvent un effet de la maladie, mais à part les cas où il s'agit d'une scoliose de l'adolescence apparue vers l'âge de 13 à 14 ans. On observe, du reste, d'autres maladies du système nerveux qui se compliquent de déviations rachidiennes.

Ainsi que le fait remarquer Morvan, rien n'est simple comme le diagnostic, et l'affection a une physionomie véritablement à part.

Les névralgies, si anciennes qu'on les suppose, n'aboutissent ni à l'analgésie, ni à la production du panaris. Dans la maladie de Maurice Raynaud, il s'agit de personnes appartenant habituellement au sexe féminin, de lésions occupant de préférence les extrémités inférieures; tout le contraire de ce que l'on observe dans la paréso-analgésie. Dans la gangrène symétrique, il est vrai, comme dans la parésie analgésique, il y a quelquefois nécrose d'une portion de phalange et paralysie des doigts. Mais, dans la gangrène symétrique, la nécrose n'est que la conséquence d'un sphacèle intéressant le bout du doigt tout entier, tandis que, dans la paréso-analgésie, c'est un panaris profond qui s'est terminé par la nécrose de la phalange. Quant à la paralysie, dans la gangrène symétrique, elle est bornée aux doigts et ne dépasse jamais la durée de l'asphyxie locale. Dans la parésie analgésique, au contraire, les phénomènes de paralysie musculaire, d'anesthésie et d'analgésie se montrent d'une manière permanente non seulement à l'époque des crises, mais encore dans l'intervalle.

L'érythromélalgie se caractérise par des phénomènes de congestion et des crises douloureuses de l'une ou des deux extrémités. La sensibilité est intacte, il y a quelquefois de l'hypéresthésie, jamais de l'analgésie, pas de nécrose des phalanges.

Dans la sclérodactylie de Ball, il s'agit d'une forme de sclérodermie qui n'a de commun avec la paréso-analgésie que les accès douloureux aboutissant à des semblants de panaris.

Enfin, le panaris nerveux de Quinquaud se distingue par le genre de terminaison : « Les poussées se multiplient sur le même doigt sans jamais arriver à la suppuration; dans la paréso-analgésie, au contraire, le panaris, généralement indolent, ne se montre qu'une fois sur le même doigt et aboutit presque toujours à la nécrose d'une ou plusieurs phalanges. »

Naturellement nous n'avons rien à dire du traitement.

La paréso-analgésie, dont l'examen anatomique récent cité plus haut a établi définitivement l'individualité, est donc une névrite périphérique avec lésion de l'arc médullaire, entraînant des troubles de la sensibilité et des troubles trophiques progressifs. P. CHÉRON.

## BIBLIOTHÈQUE

Guide pratique des pesages pendant les deux premières années a l'usage des médecins inspecteurs, par le docteur Sutils (de la Chapelle-la-Reine), avec atlas contenant 64 graphiques. — G. Steinheil, éditeur, 1889.

Le livre de M. Sutils est excellent, comme sa méthode. Les conclusions qu'il y formule sont le résultat d'une expérience de cinq années, et les moyennes sont déduites de plusieurs milliers de pesages. Notre confrère, qui est médecin inspecteur des enfants du premier âge dans le département de Seine-et-Marne, a écrit son Guide pour ses collègues en inspection; mais tous les médecins devront l'avoir dans leur bibliothèque.

P. L. G.

Hygiène de la première enfance, par le docteur Jules Rouvier, professeur de clinique obstétricale et gynécologique à la Faculté de médecine de Beyrouth. — O. Doin, 1889.

Voici les divisions de ce Traité. La première partie traite des parents et comprend six sections : *Les alliances* (influence de l'âge, de l'état de santé, de la consanguinité); — *la génération* (hygiène de la grossesse, physiologie des couches, hygiène et antisepsie des suites de couches).

La deuxième partie est consacrée à l'enfant (son organisation spéciale, la dentition); les soins spéciaux qu'il réclame (après la naissance et pendant la première année).

La troisième partie étudie le lait (sa composition, ses modifications).

Quatrième partie : L'allaitement maternel et artificiel, hygiène des nourrices, sevrage.

Cinquième partie : Mortalité infantile (causes et prophylaxie).

Le principal mérite de ce livre, c'est d'être très complet, d'avoir tenu compte des travaux les plus récents de tous les pays, ainsi qu'en font foi les annexes bibliographiques de chaque chapitre. « Cette œuvre est sans prétention », dit l'auteur dans sa préface; il est trop modeste, il peut prétendre au suffrage des juges les plus compétents en pédiatrie. — P. L. G.

Œuvres complètes de J. M. Charcot. T. V : *Maladies des poumons et du système vasculaire.* — Delahaye et *Progrès médical.*

Ce volume contient un grand nombre de leçons faites par le professeur quand il occupait si brillamment la chaire d'anatomie pathologique. La première partie comprend seize leçons des cours de 1877 traitant de l'anatomie histologique du poumon, des cirrhoses viscérales épithéliales en général, et des cirrhoses du poumon (pneumonies chroniques), des pneumokonioses et de la phthisie. — La seconde partie est intitulée Tuberlisation et Cancer (Communications à la Société de biologie et à la Société des hôpitaux). — La troisième partie comprend des notes et observations relatives aux altérations du sang (leucocythémie, mélanémie). — La quatrième partie réunit des mémoires sur les embolies artérielles et veineuses, les thromboses, l'endocardite, les paralysies ischémiques. On y trouve notamment la célèbre étude sur la claudication intermittente. Les jeunes générations, qui ne voient guère dans M. Charcot que le grand matre dans les maladies du système nerveux, n'ont qu'à parcourir ce volume pour apprécier l'extrême variété de ses travaux d'autrefois.

P. L. G.

## REVUE DES JOURNAUX

**Fièvre syphilitique simulant une fièvre paludéenne tierce.** — Les questions de diagnostic sont toujours intéressantes dans la pratique médicale. A ce titre, nous reproduisons un extrait d'une communication qui a été faite par le docteur Sidney Phillips, le 13 avril 1888, à la Société médicale de Londres.

Une femme âgée de 27 ans, qui avait toujours été bien portante, se maria en 1879. Six mois après, ses cheveux commencèrent à tomber. Elle eut, dit l'auteur, de l'ulcération à la langue et mal à la gorge. Elle fit d'abord trois fausses-couches, puis mit au monde quatre enfants bien portants, et subit ensuite une nouvelle fausse-couche. Des quatre enfants nés sains, un mourut de la coqueluche, les trois autres sont restés bien portants. Le mari avait eu la syphilis six mois avant son mariage, mais la femme n'avait présenté aucun symptôme local. Celle-ci fut prise de fièvre en mai 1888, par conséquent neuf années après l'époque présumée de l'infection. Les accès, caractérisés par les trois stades, eurent lieu d'abord quotidiennement, puis prirent la forme tierce. La quinine ne produisit aucune guérison, même à dose élevée. Enfin, on administra l'iodure de potassium et le mercure. Ce traitement non seulement abaissa la température, mais aussi dissipa la céphalalgie douloureuse et les vomissements qui avaient pris naissance. On se demanda si quelque lésion syphilitique locale coïncidait avec la pyrexie; mais l'examen sur ce sujet donna un résultat négatif. John Hunter et Fournier ont décrit des cas de fièvre syphilitique semblables à celui-ci, mais jamais ils n'en ont observé neuf années après l'infection. Ces rares variétés de fièvre tierce spécifique ont lieu ordinairement chez des femmes. Dans le cas qui précède, la pyrexie a duré pendant 8 mois; cette longue durée est digne de remarque (*The ther. Gaz*, 15 mai 1889).

Cette observation fait ressortir la nécessité, pour le médecin, de rechercher avec soin les conditions antérieures de la santé chez les malades, principalement chez les femmes, qui sont en proie à une fièvre tierce rebelle aux moyens ordinaires de traitement. — R.

**Anthrax du talon.** — La rareté de cette affection au talon est si grande que le professeur Trélat, dans l'article ANTHRAX du *Dictionnaire enclyclopédique*, dit qu'elle se rencontre partout excepté à la paume de la main et à la plante du pied. Cependant Denucé en aurait vu plusieurs cas.

Duret en a publié un cas observé chez un malade de 69 ans qui, sans cause apparente, vit se développer à la partie antéro-interne de la face inférieure du talon un gonflement douloureux, sans rougeur — fait sans doute en rapport avec l'épaisseur de la couche cornée à ce niveau — gonflement qui se limita bientôt à l'étendue d'une pièce de cinq francs environ. En même temps apparaissait, sous l'épiderme soulevé, un liquide séro-purulent qui fut évacué par plusieurs incisions; on mit ainsi à nu une surface bourbillonneuse présentant 6 à 8 petites cavités au fond desquelles on voyait du tissu cellulaire sphacélé. Dans la suite, ces cavités s'agrandirent et la lésion présenta bientôt l'aspect d'un cratère unique, déchiqueté sur ses bords, tendant manifestement au bourgeonnement et à la cicatrisation; guérison prochaine.

L'auteur fait le diagnostic différentiel de la lésion avec les dermites qu'on peut trouver en ce point; il conclut que l'affection observée était bien un anthrax; malheureusement on a oublié de faire l'examen bactériologique, qui n'avait pas été superflu dans le cas présent. (*Journ. des sciences méd. de Lille*, 15 février 1889, p. 157.) — Dr Ph. L.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 juin 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. Fichot sur la fièvre typhoïde endémique à Moulins-en-Gilbert (Nièvre);

2° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations faites, en 1888, au 8e régiment de hussards, en garnison à Vienne (Isère), par M. le docteur Tartière;

3° Un rapport de M. Sudour sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888-1889, au 15e de ligne;

4° Différents mémoires du docteur E. Durand : sur une épidémie de rougeole; sur

l'efficacité prophylactique des fumigations sulfureuses dans deux cas isolés de variole; une étude statistique et clinique.

— M. Trélat lit une note de M. Delbet sur le lavage du péritoine.

Quand on a fait passer 4 à 5 litres d'un liquide coloré dans le péritoine avec une pression de 90 centigr. tous les organes pelviens et abdominaux sont lavés. Il reste toujours dans le petit bassin et les fosses iliaques et lombaires de 120 à 150 grammes de liquide. Le lavage avec une solution salée à 7 p. 100 n'offre aucun danger pour la respiration ni la circulation, et la température du liquide a peu d'importance, car les réflexes sont bien moins intenses pour les impressions caloriques au péritoine qu'à la peau.

Pendant les vingt ou trente premières minutes qui suivent le début du lavage, la quantité d'eau contenue dans le sang augmente de 1,80 à 1,65 p. 100. L'augmentation d'eau serait de 16 à 18 grammes par kilogramme de sang, ce qui donnerait pour la masse du sang de l'homme, qu'on estime en moyenne à 5 kilogrammes, une augmentation totale de 90 grammes d'eau, proportion certainement au-dessous de la vérité.

Le lavage représente donc une véritable transfusion et est très capable de diminuer le choc opératoire.

Après vingt à trente minutes l'absorption du péritoine diminue et il y a diminution de l'hydratation du sang qui tend à redevenir normale. Dans certaines circonstances qu'on peut artificiellement produire en injectant dans le sang une quantité exagérée d'une solution saline, le péritoine, loin d'absorber, transsude. On pouvait donc concevoir que, par suite de l'hydratation du sang, la faculté d'absorber du péritoine serait supprimée ou tout au moins réduite, d'où possibilité d'injecter dans la séreuse des substances toxiques.

M. Delbet rapporte deux expériences démonstratives faites chez le chien, et en conclut que l'on peut laver le péritoine avec des substances antiseptiques qui n'altèrent pas les tissus.

M. Dujardin-Beaumetz a vu plusieurs fois la lactose provoquer une diurèse considérable. La glycose produit le même effet, mais elle pourrait rendre le malade diabétique.

En résumé, tous les sucres produisent des effets diurétiques.

— M. Ledé apporte les résultats de la loi du 23 décembre 1874. Ils ne regardent que 5,819 enfants placés dans les départements suivants :

Aisne (804), Eure-et-Loir (1,489), Loiret (1,296), Seine-et-Oise (1,480), Yonne (750).

M. Ledé ne s'occupe que des enfants placés à l'âge de 1 à 15 jours.

Enfants légitimes, 1,241 destinés à être élevés au sein; 401 sont repris avant d'avoir atteint leur première année; sur les 840 restés 229 sont morts, soit 25,19 p. 100.

1,487 enfants légitimes ont été élevés au biberon; 297 ont été repris avant la fin de la première année; 525 sont morts, soit 44,52 p. 100.

De 488 enfants illégitimes devant être élevés au sein, 167 ont été repris, 113 sont morts, soit 35,14 p. 100.

De 344 illégitimes devant être élevés au biberon, 209 sont morts, soit 39,81 p. 100.

Donc sur 100 enfants élevés au sein, il y en a 70,56 qui atteignent 1 an, sur 100 enfants élevés au biberon, le chiffre est de 52,15.

— MM. Yvon et Berlioz communiquent une note sur le dosage du sucre dans l'urine. Ils préconisent la liqueur de Fehling et combattent l'emploi de la phénylhydrazine.

— M. Costomiris lit un mémoire sur les écrits encore inédits des anciens médecins grecs et sur ceux dont le texte original est perdu, existant en latin et en arabe.

## SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 juin 1889. — Présidence de M. CADET DE GASSICOURT.

SOMMAIRE : *Prophylaxie des maladies contagieuses. — Gravité comparative de la coqueluche et de la scarlatine. — Empyème pulsatile. — Syphilis héréditaire.*

La Société continue la discussion des conclusions du rapport de la Commission nommée par elle pour étudier la prophylaxie des maladies contagieuses dans les hôpitaux. Certains membres ont demandé l'isolement de la coqueluche qu'ils considèrent comme plus grave que la scarlatine. M. COMBY considère au contraire la scarlatine comme plus grave. Il ne faut pas confondre la gravité de la coqueluche à l'hôpital, où les enfants succombent tous par broncho-pneumonie ou tuberculose, avec celle de la ville même dans la classe indigente. La scarlatine au contraire est grave par elle-même, par ses symptômes et ses localisations propres. M. Comby estime qu'il ne convient pas d'hospitaliser les coquelucheux dans des pavillons spéciaux pour chaque hôpital, mais que le mieux serait de créer un hôpital suburbain pour eux, comme l'avait proposé M. Chautemps en 1887.

M. LEGROUX est du même avis que M. Comby au sujet de la gravité plus grande de la scarlatine, et croit qu'il vaut mieux conseiller à l'Administration d'isoler les scarlatineux plutôt que les coquelucheux.

M. GAUCHER et M. JUHEL-RÉNOY considèrent au contraire la coqueluche comme plus grave, puisqu'elle tue si souvent par broncho-pneumonie ou tuberculose.

Après quelques observations de MM. LABBÉ, RENAULT, SEVESTRE, LE PRÉSIDENT rappelle que la discussion n'est pas sur le terrain scientifique.

La Commission avait, à l'origine, reculé devant l'isolement des coquelucheux — afin de ne pas trop demander à l'Assistance publique; mais, puisque les membres de la Société sont tous d'accord aujourd'hui pour le demander, la Commission le réclamera également au même titre que l'isolement de la rougeole, de la scarlatine, de la diphthérie. Il n'importe pas, pour le moment, de savoir si la scarlatine est plus grave ou, au contraire, moins dangereuse que la coqueluche. Il faut seulement qu'on s'entende définitivement, afin que la Commission sache exactement ce qu'elle aura à demander. Il vaut mieux réclamer l'isolement de toutes les maladies contagieuses dans les hôpitaux plutôt que la création d'hôpitaux spéciaux pour chacune d'elles.

— M. FÉRÉOL a présenté un malade à qui M. Berger a fait en 1883 l'opération d'Estlander pour une pleurésie purulente avec tumeur pulsatile. Ce malade est resté guéri pendant cinq années. Au mois d'octobre dernier, à la suite d'un effort, il sentit un craquement, puis une vive douleur au niveau de la cicatrice. Il se forma en ce point un abcès, du volume d'un œuf de poule, qui s'ouvrit spontanément. Une fistule existe depuis ce moment.

Aujourd'hui, on pénètre facilement jusqu'à 10 centimètres avec un stylet dans le trajet fistuleux dont la direction est perpendiculaire à celle des côtes. M. Féréol a fait dans ce trajet des injections d'eau boriquée d'abord, puis d'eau naphtolée (20 à 30 gr.); mais ces injections déterminent des quintes de toux si violentes, avec crachats sanguinolents, qu'il les a cessées.

Ce malade présente actuellement une albuminurie abondante qui contre-indique une nouvelle opération.

M. Comby, dans un excellent mémoire sur les pleurésies pulsatiles, paru dans les *Archives de médecine* (avril 1889), dit qu'on a proposé quatre théories pour expliquer l'empyème pulsatile :

1° La théorie de Traube qui attribue à des épanchements péricardiques la transmission et l'amplification des battements du cœur au liquide épanché dans la plèvre;

2° La théorie de M. Comby qui attribue ce rôle à des adhérences reliant le poumon au péricarde;

3° La théorie de M. Féréol qui fait intervenir le pneumothorax;

4° Une quatrième théorie enfin qui invoque plusieurs conditions pathologiques : refoulement extrême du cœur, tension positive de l'épanchement, parésie des muscles intercostaux.

Aucune de ces théories ne satisfait M. Comby, pas même celle qu'il a proposée. M. Féréol estime que la sienne rend assez bien compte des faits. Le pneumothorax a été rencontré souvent à l'autopsie de pleurésies pulsatiles ; il existe réellement, mais généralement il reste latent et ce n'est qu'au moment de la ponction qu'on le reconnaît.

Quand dans une pleurésie pulsatile il existe un pneumothorax de petite étendue coïncidant avec un épanchement très abondant, on comprend que cette petite quantité d'air transmette au liquide l'impulsion cardiaque, d'où le phénomène de l'empyème pulsatile. Mais ce pneumothorax ne se rencontre pas toujours. Quand il est absent, on peut admettre que le fluide élastique, nécessaire pour transmettre au liquide les battements du cœur, est représenté par l'air que contient le poumon lui-même, incomplètement refoulé par un épanchement peu abondant.

M. Comby attendra pour se rallier à l'ingénieuse explication de M. Féréol que les autopsies en aient démontré le bien fondé.

— M. d'Heilly présente une fillette de 14 ans, qui porte de nombreuses lésions tertiaires de syphilis héréditaire. Le nez est cassé à la base, la voûte palatine est en partie détruite, la luette perdue; les dents sont irrégulièrement plantées, mais on ne trouve pas la dent d'Hutchinson. Les tibias présentent des altérations très marquées : le gauche est très hypertrophié, le droit est en fourreau de sabre. Il existe sur le fémur de nombreuses exostoses qui se sont développées avec des douleurs atroces; on en rencontre également sur les cubitus; les humérus sont volumineux. Les os plats ne semblent pas atteints, sauf peut-être ceux du bassin. Le foie est énorme.

Il ne paraît pas exister de lésions du côté des oreilles, ni du côté des yeux; la malade a cependant présenté, pendant deux mois, une amaurose qu'il est difficile d'expliquer.

## FORMULAIRE

Traitement de la dilatation de l'estomac. — A. Mathieu.

Eviter la surchage alimentaire, supprimer les légumes verts, restreindre l'usage des féculents gazogènes. Peu de pain, de préférence la croûte ou la mie grillée; viande crue, finement hachée, débarrassée des nerfs, des tendons, des vaisseaux, de la graisse et pulpée au tamis. — M. Sée permet la viande, les œufs, le poisson; il concède à volonté les boissons chaudes pendant le repas, thé léger ou grog léger bien chaud. — M. Bouchard recommande les viandes froides ou très cuites, le poisson bouilli, les viandes blanches et tendres. Un verre et demi seulement de liquide à chaque repas, sauf au repas du matin où l'on ne doit pas boire. Comme dessert, des fraises, des pêches, du raisin et tous les fruits cuits. — Pour réveiller la tonicité de la fibre musculaire gastrique, prescrire l'ipéca à la dose de 2 à 5 centigrammes dans les vingt-quatre heures, par exemple, une pastille d'ipéca de 1 centigramme une demi-heure après chaque repas et, dans certains cas, une seconde au bout d'une heure. — Combattre la constipation, en faisant prendre au commencement du repas une à deux cuillerées d'une poudre composée à parties égales de magnésie, de crème de tartre et de soufre précipité. Lavements additionnés de glycérine. — Contre les douleurs qui surviennent après les repas, deux à quatre cuillerées à bouche d'eau chloroformée, pure ou étendue d'une égale quantité d'eau distillée. — Contre la flatulence, craie préparée, magnésie, charbon porphyrisé en petite quantité. —

N. G.

## INFORMATIONS MÉDICALES

On trouve communément que tout se fait bien en Allemagne, aussi sommes-nous

heureux de faire connaître, d'après le *Berliner Klin. Wochens.*, 1889, n° 22, ce qui se passe pour les hôpitaux de la capitale de l'empire.

Dans sa séance du 23 mai, le Conseil municipal a ratifié le choix fait par le « *magistrat* » de MM. Frænkel et Korte, comme directeurs médicaux de l'hôpital Urban. Le susdit « *magistrat* » n'avait fait aucune publicité, et il s'était présenté néanmoins un grand nombre de candidats dont les plus capables, il faut le reconnaître, furent choisis. Malgré tout, il est bien regrettable, dit le journal allemand, que le choix soit laissé à des personnnes non compétentes. Ainsi, à Berlin, il se passe pour les hôpitaux municipaux ce qui arrive chez nous pour les hôpitaux de province.

Mais donnons de nouveau la parole à notre confrère Berlinois. « N'y a-t-il rien à changer, dit-il, dans l'organisation des hôpitaux de la ville? D'abord le nombre des médecins dirigeants dans nos établissements hospitaliers de la ville est beaucoup trop faible par rapport au nombre des lits établis ou à établir. Il suffit de comparer les chiffres avec ceux des établissements de l'Etat pour rendre évidente la grandeur de cette disproportion.

Le Friedrichsham contient 615 lits et 2 médecins dirigeants. A Moabit, 730 lits relèvent d'un médecin dirigeant; plus de 100 restent vides habituellement, mais ils seraient tout à coup remplis en cas d'explosion d'une épidémie. Au contraire, par exemple, la première clinique médicale de la Charité contient 155 lits, la deuxième 135; la clinique chirurgicale 304 avec 2 médecins dirigeants; la clinique chirurgicale de l'Université 189. La proportion est la même ou meilleure encore dans les hôpitaux fondés par la bienfaisance privée ou religieuse : à l'hôpital Augusta, 100 lits relèvent d'un médecin directeur; aux hôpitaux israélites et Elisabeth, 70; à l'hôpital Hedwig, 140; à Bethanie, 150. Dans les divisions de la Charité, la proportion prend un autre caractère, si on remarque que les assistants s'y tiennent sur un autre pied. Il y a dans les cliniques médicales, par exemple, trois « *oberärzte* », qui, soit par leur valeur scientifique, soit par leur position de médecins militaires, donnent la garantie d'une plus grande indépendance que les assistants des autres établissements.

Choix laissé à des personnes incompétentes, grande insuffisance du nombre des médecins, tel est donc l'état des choses dans les hôpitaux municipaux de Berlin.

Le *Berlin. Klin. Wochens* rapporte encore que le docteur Lowenthal a reçu du gouvernement français une mission pour aller poursuivre au Tonkin ses études sur l'action du salol sur les cholériques, avec le titre de médecin de la marine à titre étranger. D'après le journal berlinois, le docteur Lowenthal ne renoncerait nullement à sa nationalité; nous pouvons annoncer qu'il est actuellement en instance pour se faire naturaliser. Du reste, c'est grâce à la recommandation du professeur Cornil que le docteur Lowenthal a obtenu le poste d'honneur qui lui est destiné.

Terminons notre revue des choses allemandes en rappelant que le chancelier de l'empire vient de repousser une demande qui lui avait été adressée par le Comité professionnel de l'Association des médecins allemands, à l'effet d'autoriser la constitution d'un ordre de médecins avec conseil investi d'un pouvoir disciplinaire.

## COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les élèves de première année qui désirent subir le premier examen de doctorat, avant les vacances, devront consigner les mercredi 19 et jeudi 20 juin. Ils prendront leur quatrième inscription du 26 au 29 juin inclus et seront appelés à subir leur examen à partir du 1er juillet. Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre.

Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront en prenant, selon le cas, la quatrième, la huitième ou la douzième inscription. Ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année,

les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 14 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 7 ou le mardi 8 octobre 1889, dernier délai. Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet 1889.

Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 14 octobre 1889. — MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat, devront se faire inscrire avant les vacances, à l'Ecole pratique, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. — A cet effet, le bureau du chef de matériel sera ouvert tous les jours de midi à quatre heures pendant la période des examens.

— Le concours d'agrégation (anatomie et physiologie) vient de se terminer par les nominations suivantes :

Paris : MM. Retterer et Gley. — Lyon : Valleton. — Montpellier : M. Hedon. — Lille : M. Meyer.

Concours d'agrégation (physique, chimie et pharmacie). — Ce concours s'est terminé jeudi soir, par les nominations suivantes :

Faculté de Paris. — MM. Weiss (physique); Fauconnier (chimie).

Faculté de Bordeaux. — MM. Denigèze (chimie) ; Barthe (pharmacie).

Faculté de Montpellier. — M. Lecercle (physique).

— M. le docteur Bonnaire est nommé accoucheur des hôpitaux.

— M. le docteur Moreau-Marmon vient d'être nommé médecin-dentiste des hôpitaux de Paris, en remplacement de M. le docteur Andrieu, décédé.

M. le docteur Moreau-Marmon est attaché en cette qualité à l'hôpital de la Charité, à la Maternité et à l'hospice des Enfants-Assistés.

— Le médecin-major de 1re classe, docteur Bienvenu, est mis en non-activité par retrait d'emploi (affaire des brimades de Caen).

Faculté de médecine de Nancy. — M. Parisot, agrégé, est chargé, jusqu'à la fin de l'année 1889-1890, d'un cours annexe de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Demange, appelé à d'autres fonctions.

Ecole de médecine de Besançon. — M. Maginelle (Paul-Pierre), bachelier ès lettres et ès sciences restreint, est nommé aide d'anatomie et de physiologie, en remplacement de M. Baigne, démissionnaire.

Faculté des sciences de Grenoble. — M. Raoult, professeur de chimie, est nommé pour trois ans doyen de ladite Faculté.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lesh (de Saint Pétersbourg), Lippert (de Nice).

Société de médecine de Paris. — Séance du 22 juin 1889. — *Ordre du jour* : Communications diverses.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

Les expériences entreprises par M. P. Delbet sur l'absorption par le péritoine ont fourni des résultats importants aux points de vue physiologique et chirurgical. L'absorption par le péritoine n'est pas une découverte nouvelle, mais la durée de cette fonction n'était pas connue; M. Delbet a démontré, en y injectant une solution d'eau salée, qu'elle cesse au bout de vingt à trente minutes; passé ce temps, si on introduit dans le péritoine une autre solution, agissant différemment, celle-ci n'est plus absorbée. La crainte que l'on avait d'intoxiquer un opéré en introduisant de grandes quantités de liquide antiseptique dans le péritoine après une laparotomie ne doit donc plus exister; il suffit d'introduire d'abord une solution salée; celle-ci absorbée, on pourra laver le péritoine avec un liquide antiseptique plus puissant, qui ne sera plus absorbé. A la vérité, il n'est guère besoin d'avoir recours aux antiseptiques proprement dits; l'eau bouillie aseptique suffit, et même l'eau salée est un excellent antiseptique, comme Houzé de l'Aulnoit l'a démontré il y a longtemps.

# FEUILLETON

## CAUSERIE

Il y avait longtemps que les affaires médicales n'avaient excité un pareil remue-ménage dans la presse extra-médicale. M. Brown-Séquard ne s'attendait certainement pas à cela; il pensait, j'en suis sûr, que sa communication sur les effets merveilleux des injections sous-cutanées de liquide testiculaire ne franchirait pas les limites des journaux qui rendent compte de ce qui se passe à la Société de biologie; mais tout se sait, on lit nos journaux dans le monde, ce qui est flatteur pour nous, et un chroniqueur ayant eu vent de cette bonne aubaine, tous les chroniqueurs ont brodé à qui mieux mieux sur le thème de cette nouvelle fontaine de Jouvence. Que d'esprit on a dépensé là-dessus! C'est à croire que tous ces messieurs s'étaient soumis eux-mêmes à la petite injection susdite. Mais tout n'est pas fini.

En effet..... il y a des mortels qui glissent, et d'autres qui appuient. M. Brown-Séquard a appuyé, c'est-à-dire qu'il est revenu sur sa communication et qu'il en a fait une seconde auprès de laquelle la première n'était que de la petite bière. Lisez plutôt.

M. Brown-Séquard s'est, depuis sa première communication, creusé la cervelle pour trouver comment agit le liquide testiculaire pour rajeunir ainsi ceux à qui on l'injecte; il a trouvé que ce liquide remplaçait chez les vieillards celui que leurs testicules ne

— La lactose n'est pas la seule substance sucrée qui soit diurétique; voici que la glycose a les mêmes propriétés, d'après M. Dujardin-Beaumetz; cependant il reconnaît qu'il faut s'en tenir à la lactose, parce que la glycose peut finir par passer par les urines et provoquer une glycosurie dont on ne peut prévoir les conséquences.

Mais si la glycose entrée dans le sang détermine de la polyurie, ne me serait-il pas permis de me demander si ce n'est pas à la présence de la glycose qu'est due la polyurie chez les diabétiques? Je sais bien que la polyurie peut exister sans glycosurie; mais qui me dit que la glycose, en quantité suffisante dans le sang pour provoquer la polyurie, ne puisse pas rester latente aux réactifs urinaires parce qu'elle n'est pas en quantité suffisante pour passer dans l'urine? Mais, moi non plus, je ne suis pas chimiste, et je ne vais pas plus loin dans la voie de l'hypothèse.

Est-ce donc un si grand mérite que d'être chimiste? Nous ne pouvons certainement pas dire le contraire au lendemain de l'élection de M. le professeur Gautier à l'Académie des sciences; cependant voici MM. Yvon et Berlioz qui viennent ajouter de nouvelles contradictions à celles que nous avons relevées dans les précédentes séances de l'Académie. MM. G. Sée, Quinquaud et Robin ont annoncé que l'urine contenait toujours normalement une certaine quantité de sucre; aujourd'hui, MM. Yvon et Berlioz nous disent que sur 10,650 urines suspectes, il n'ont trouvé que 2,777 fois du sucre. Et cependant ces messieurs ne sont pas les premiers venus. Qui a raison?

— S'il restait encore quelque doute au sujet de la supériorité de l'élevage des enfants au sein sur le biberon, les statistiques de M. Ledé suffiraient pour le lever. La mortalité des enfants du premier âge diminue certainement; mais il y a encore bien des progrès à faire dans cette voie.

L.-H. P.

---

secrétait plus normalement. Il faut, d'après lui, pour que l'homme joeuiss de toute sa vigueur, que le testicule fonctionne, et qu'il fonctionne sans cesse. A l'appui de cette proposition, il cite le fait suivant :

Deux sujets épuisés, âgés l'un de 55 ans environ, l'autre de 63 à 65 ans, éprouvaient une faiblesse cérébrale très marquée; afin de leur redonner de la vigueur, il leur conseilla, pour faire fonctionner leurs testicules, d'avoir recours à..... je vous le donne en mille..... à la masturbation! oui, à la masturbation, mais incomplète et sans arriver à l'éjaculation; il fallait bien faire fonctionner le testicule, mais il ne fallait pas priver l'organisme du produit de la sécrétion; aussi, dès que la contraction indicatrice de l'éjaculation commençait, la manœuvre cessait. Il paraît que les résultats fournis chez ces deux hommes par cette singulière méthode furent des plus favorables.

M. Brown-Séquard se propose de pousser plus loin ses expériences et de prendre la femme comme champ d'action. Entendons-nous.

On sait que les femmes auxquelles on enlève les ovaires deviennent comparables, au point de vue de la vitalité générale, aux hommes auxquels on a enlevé les testicules; ce sont de véritables eunuques. Par conséquent, les ovaires exerceraient sur la vitalité organique la même influence que les testicules; partant de cette donnée, M. Brown-Séquard s'est demandé s'il ne serait pas possible d'obtenir chez la femme des résultats comparables à ceux qu'il a constatés sur lui-même, en employant chez elle du liquide obtenu par la trituration des ovaires. Il va commencer prochainement ces expériences, mais il

## Arthritisme et eaux minérales.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 mai 1889,

Par le docteur P. Bouloumié, médecin consultant à Vittel.

Messieurs,

Si j'aborde devant vous ce sujet en apparence démodé de l'arthritisme, c'est précisément parce que les autres diathèses, subissant en ce moment l'assaut des doctrines nouvelles, sont battues en brèche et que leur existence est remise en question; c'est, de plus, parce que je tiens à répondre à une phrase prononcée il y a quelques mois par le professeur G. Sée dans sa leçon d'ouverture du cours de clinique médicale de l'Hôtel-Dieu; cette phrase est la suivante :

« Il y a encore un mot qui traîne dans la fange médicale : l'arthritisme; nous avons « déjà démoli toutes les diathèse, l'arthritisme doit disparaître comme les autres, mais « nous ne le détruirons pas encore parce que nous tuerions en même temps une foule « d'eaux minérales et de médecins qui les exploitent. »

Depuis longtemps, médecin à Vittel, j'ai recueilli de nombreux documents qui, en ce qui concerne l'arthritisme, me permettent de répondre péremptoirement à cette boutade exprimée en un langage peu scientifique et peu courtois, que je ne prendrai pas pour modèle, rassurez-vous. J'ai, du reste, dans un article publié dans la *Gazette médicale de Paris,* déjà remercié de sa pitié envers les médecins d'eaux minérales M. G. Sée, qui a été vraiment bien mal inspiré en parlant d'exploitation. Je n'insiste pas, je tenais seulement à montrer que la vieille question des diathèses est encore actuelle et capable de passionner.

Je ne dirai qu'un mot des diathèses en général. Considérées dans leur ensemble, elles ont, particulièrement au point de vue de la nature des manifestations qui leur sont communément attribuées et des lésions anatomiques qu'elles présentent, beaucoup perdu de leur importance, cela est vrai, mais il n'est pas moins vrai non plus qu'il existe des enchaînements et des alternances morbides qui éveillent en nous l'idée d'une cause univoque, prédisposition ou maladie, qu'il est plus logique et plus simple de traduire par un mot que par une périphrase. Il me paraît en conséquence que le mot *diathèse* ne doit pas disparaître du vocabulaire nosologique.

De plus la *notion de diathèse* étant la source d'importantes indications au point de vue

---

serait heureux qu'elles fussent faites aussi par d'autres que par lui, par exemple, par des femmes-médecins sur leur propre personne ou sur d'autres femmes.

Je ne sais si les femmes-médecins feront les expériences que leur demande l'éminent membre de l'Institut, mais je suis persuadé qu'elles ne se prendront pas elles-mêmes comme sujettes; car, à ma connaissance, peu d'entre elles ont dépassé la quarantaine, et j'aime à croire qu'elles n'ont pas encore besoin de se rajeunir comme M. Brown-Séquard, de trente ou quarante ans. Il faudrait alors les remettre en nourrice!

*
* *

Je ne sais pas si vous vous souvenez qu'on s'est un peu chamaillé un de ces derniers mardis à l'Académie de médecine, à propos des contradictions que fournit en médecine la chimie biologique. Ce n'est pas seulement sur l'antipyrine et le diabète que règnent ces contradictions.

Dans un récent article publié dans la *Revue scientifique*, M. le professeur Béchamp a eu la curiosité de réunir toutes les opinions qui ont été émises sur la nature du lait depuis 130 ans, c'est-à-dire depuis la publication de l'article Lait de l'*Enclyclopédie*. Elles sont aussi peu d'accord que possible.

« ..... Le lait est une émulsion; le lait n'est pas une émulsion.

Les globules laiteux sont des globules nus de graisse; les globules laiteux sont des vésicules adipeuses, c'est-à-dire sont munis d'une enveloppe dont la substance est caséeuse.

du traitement des maladies chroniques et parfois des maladies aiguës, contre lesquelles le malade réagit comme il peut, il me paraît utile de défendre cette notion consacrée par l'observation séculaire contre des paradoxes que je considère comme dangereux. Bazin, qui en faisait la source principale et quelquefois unique des indications thérapeutiques, a fait école malgré ses exagérations. Gueneau de Mussy, qui était un clinicien, considérait la maladie diathésique comme le résultat d'un état anormal de la constitution, le plus souvent héréditaire, s'accusant dès l'enfance, se révélant pendant le cours de la vie par des symptômes qui lui sont propres et pouvant modifier par son intervention la physionomie des maladies accidentelles. Le professeur Bouchard, qui applique si sévèrement la méthode expérimentale à l'étude des maladies et des symptômes, admet l'existence de la diathèse et définit cet état anormal de la constitution « un trouble permanent de la nutrition qui prépare, provoque et entretient des maladies différentes, comme siège, évolution et processus ».

Plus récemment encore, depuis même la leçon au cours de laquelle le professeur G. Sée a fait si bon marché des diathèses, notre distingué confrère et ami A. Robin, rapporteur de la commission des eaux minérales à l'Académie de médecine, les considérait comme la cause productrice de ces troubles de nutrition, auxquels sont liés les diverses manifestations qui enchaîne une origine commune et attribuait à la connaissance de cet enchaînement et de cette cause une très réelle et considérable importance, autant au point de vue thérapeutique qu'au point de vue nosologique. On n'est donc pas absolument d'accord sur la signification du terme, et pourtant il s'impose parce qu'il répond a une nécessité et une vérité cliniques.

La clinique de Vittel, riche surtout en maladies ressortisssant à l'arthritisme, me permet de porter ici des affirmations avec preuves tirées de l'observation de nombreux malades, observations toujours appuyées de l'examen et de l'analyse des urines. J'ai plus de 3,000 observations soigneusement consignées dans mes notes que j'aurais voulu compulser et que je compulserai pour un travail définitif. J'en ai étudié 800 seulement, faute de temps, en vue de cette communication. Elles représentent le total de celles que j'ai recueillies sur ce sujet au cours de ces trois dernières années.

J'ai relevé séparément les observations des malades hommes et des malades femmes, et cela pour plusieurs raisons : 1° établir le tant pour cent des hommes et des femmes traités à Vittel pour des manifestations diverses imputables à l'arthritisme ; 2° établir la proportion de chacune de ces manifestations dans les deux sexes ; 3° étudier comparativement le nombre des manifestations diverses qui se présentent chez l'homme et chez

---

Les globules laiteux sont solubles dans l'éther; ils sont insolubles dans l'éther.

Le lait est acide; il est alcalin.

La caséine est insoluble et tout entière en suspension dans le lait: la caséine est soluble et tout entière dissoute dans le lait.

La caséine est, en grande partie, en suspension dans le lait; la moindre partie y est en dissolution.

La caséine est l'unique matière albuminoïde du lait; la caséine n'est pas l'unique matière albuminoïde du lait.

Le lait contient de l'albumine, etc; le lait ne contient pas d'albumine.

Le phosphate de chaux est tout entier en solution dans le lait; la moitié y est en suspension.

Le lait est spontanément altérable; le lait n'est pas spontanément altérable.

Les vibrions ne sont pas les agents de la coagulation du lait; les vibrions sont la cause de la coagulation du lait.

Le lait contient naturellement la cause de sa coagulation; la cause de la coagulation vient de l'air..... »

* * *

Je m'imaginais que l'Internat était une corporation robuste, pleine de vie, puisqu'elle s'infuse chaque année un quart environ de sang nouveau. Eh bien, pas du tout. Quelle erreur était la mienne! Un de ces messieurs chante dans le *Progrès médical* le *De profundis* de l'Internat!

la femme ; 4° étudier comparativement l'ordre de leur apparition dans les deux sexes ; 5° étudier l'influence et les différentes conditions de l'hérédité.

J'ai pour cela fait d'abord les tableaux que voici, dressés par années et par sexe, portant les numéros des observations classées sous les rubriques : a) *Diathèse urique* (manifestations multiples); b) *Gravelle urique* ; c) *Coliques néphrétiques;* d) *Goutte* ; e) *Coliques hépatiques* ; f) *Diabètes* et *Glycosuries ;* g) *Obésité;* h) *Oxalurie.* Les premières manifestations sont indiquées par les numéros écrits en bleu, les suivantes par les mêmes numéros écrits et répétés dans une ou plusieurs autres colonnes en rouge, avec un, deux ou trois traits ajoutés, s'ils figurent dans deux, trois ou quatre colonnes différentes.

Chacun des tableaux étudié séparément a donné des résultats intéressants. On y voit notamment que, parmi les malades observés à Vittel, le plus grand nombre a présenté plusieurs manifestations diathésiques.

Si on compare entre eux ces divers tableaux, on peut s'assurer d'un coup d'œil : 1° que les tableaux des hommes sont tous très semblables entre eux, comme le sont de leur côté les tableaux des femmes; 2° que des différences très nettes dans le nombre des cas observés existent en ce qui concerne certaines manifestations, les coliques hépatiques et la goutte, par exemple, les premières beaucoup plus fréquentes chez la femme, les secondes beaucoup plus fréquentes chez l'homme; 3° que les manifestations associées sont plus fréquentes et plus nombreuses chez la femme que chez l'homme; 4° que les coliques néphrétiques, notamment, sont souvent associées chez la femme aux coliques hépatiques, mais le plus souvent n'apparaissent qu'après celles-ci; 5° que, chez l'homme, la goutte apparaît d'emblée ou plutôt précédée seulement de symptômes pour lesquels le malade n'a eu recours ni aux eaux ni à d'autres médications, tandis que, chez la femme, la goutte est très rare, ne survient, en général, que tardivement et comme deuxième, troisième ou quatrième manifestation de la diathèse, et ne se présente qu'exceptionnellement avec le caractère de la goutte franche. Le plus souvent, c'est une forme intermédiaire à la goutte et au rhumatisme qui se montre chez elle.

Ces six tableaux sont résumés en un seul qui représente des moyennes d'un réel intérêt, car elles sont comparables aux résultats déjà inscrits dans chacun des tableaux annuels considérés isolément; tous, je le répète, très semblables entre eux pour les individus du même sexe. Les cas observés chez la femme étant inscrits à côté de ceux observés chez l'homme, dans chacune des colonnes, la comparaison se fait d'un coup d'œil.

Un autre tableau représente, à propos de chaque manifestation caractérisée, le tant

---

« L'*Internat meurt...*, *et ne se rend pas*... : au banquet de l'Association des internes des hôpitaux de Paris. « Les jeunes nous abandonnent! » tel était le cri d'alarme, dont nous nous faisons le triste écho ; telle était l'impression fâcheuse de tous ceux qui, samedi dernier, assistaient à cette cordiale et joyeuse fête d'une des principales parties de la grande famille médicale française! Le banquet a réuni, comme d'ordinaire, 115 à 120 couverts dans les salons du Grand-Hôtel; la plupart était d'anciens internes, jeunes ou vieux, de Paris et de province ; quelques-uns, des maîtres respectés, MM. les professeurs Bouchard, Panas, etc., etc.; MM. les docteurs Peyrot, Richelot, Duguet, etc., etc...; mais à peine comptait-on une vingtaine d'internes en exercice. Et encore, la plupart, pour ne pas dire tous, étaient des internes de quatrième année.

« On a cherché partout, — sauf sous la table, malgré de copieuses libations, — le premier interne de la récente promotion..., les médailles d'or en fonction.... On a tout cherché, car tout se perd ; on a cherché même l'orateur, parmi les jeunes. On n'a rien trouvé, pas même un orateur de contrebande... ou de commande. Mais là n'est point le mal. Si les chirurgiens ne veulent plus parler, c'est qu'ils désirent mieux opérer. Mais les médecins savent encore causer!

« Le mal, le voici, disons-le tout haut, car il nous ronge et nous dévore : c'est l'absolue Indifférence! Nous autres, internes, nous ne serrons plus assez les coudes! Voyez nos camarades de l'X; voyez les triomphateurs du jour, les Centraux! En se tenant tous par la main, sans monter les uns sur les autres, ils ont fait la tour Eiffel et le reste!

« Collègues, soyons unis, ou bien gare au naufrage! On nous sape, on nous mine,

p. 100 des cas qui se sont présentés avec l'indication de leur ordre d'apparition (manifestations primitives ou consécutives). On y voit d'un coup d'œil que, si les manifestations diverses et sans localisation prédominante de la diathèse sont primitives chez la femme comme chez l'homme dans 98 p. 100 des cas observés et réunis dans la première colonne, les coliques néphrétiques, et surtout la goutte, sont beaucoup plus rarement constatées comme accidents primitifs chez la femme (40 p. 100 des cas de colique néphrétique, 16 p. 100 des cas de goutte) que chez l'homme (66 p. 100 des cas de colique néphrétique et 79 p. 100 des cas de goutte). On y voit, en outre, que le tant p. 100 des manifestations observées excède de beaucoup le nombre des malades; il est de 223 manifestations p. 100 malades dans ce tableau, ce qni indique que mes malades, au moment où ils se sont présentés à mon observation, avaient déjà été atteints en moyenne de plus de deux des manifestations diathésiques inscrites.

Je n'ai pas réussi à traduire graphiquement comme je l'aurais voulu ce qui a trait à l'association des manifestations et à l'hérédité, je le regrette, mais je compte y parvenir. Quoi qu'il en soit, je peux dire que, dans les cas que j'ai relevés, j'ai vu dans les deux tiers environ la maladie transmise par hérédité, mais je ferai remarquer que l'hérédité arthritique *considérée en général* crée une prédisposition plutôt qu'elle ne transmet une manifestation spéciale, même quand les ascendants ont été déjà, lors de la procréation, atteints de cette manifestation.

L'hérédité par similitude est pourtant fréquente d'individu à individu du même sexe, surtout quand il s'agit de la goutte, tandis que l'hérédité par transformation est plus fréquente d'individu à individu du sexe différent, et c'est là une des raisons pour lesquelles on dit parfois de certaines maladies chroniques, et notamment des manifestations de l'arthritisme, qu'elles sautent une génération. La goutte m'a paru particulièrement héréditaire, et je suis tenté devant certains cas d'admettre avec M. Bouchard que ce n'est pas alors une simple prédisposition qui est transmise par hérédité, mais un trouble de nutrition qui est transmis des parents aux enfants par les éléments mêmes de la génération. M. Jaccoud, dans une de ses récentes leçons de clinique, citait le cas d'un jockey en traitement dans ses salles qui, âgé de 56 ans, était goutteux depuis l'âge de 28 ans et qui avait toujours souffert de la goutte malgré le régime, l'exercice, l'entraînement et la sobriété; mais son père et ses deux oncles étaient goutteux!... C'est là un cas type, mais grave, exceptionnel; j'en ai vu pour ma part du même genre.

J'ai noté, en outre, des cas très nombreux dans lesquels la substitution, plusieurs fois répétée chez le même individu, de manifestations diverses ne laissait aucun doute sur

---

Serrons les rangs. La salle de garde est morte, puissent nos études cliniques, dont elle était le gai délassement, ne pas mourir aussi! Tout se transforme; nos vieilles coutumes s'en vont, ne sont plus de mise à cette époque de laboratoire à outrance. C'est bien, changeons avec notre siècle; mais n'oublions pas la grande réunion de toutes les anciennes salles de garde, cette salle de garde des Grands Boulevards, qui, une fois l'an, devrait nous égayer de ses *bans* énergiques, aujourd'hui trop faibles, échos trop amoindris de ces *bans* si enthousiastes des années de début! Songez aux X, aux Saint-Cyriens et aux Centraux. On les trouve partout, nos remuants camarades! Même au banquet du Conseil municipal; aux côtés de notre Président et du Lord-maire comme aux bals du même nom. « C'est pas comme les internes... ! »

(Il y avait là matière à chanson, Maurice Raynaud a bien écrit les *Adieux à sa calotte*, et le docteur Corlieu les *Adieux à son tablier*!)

« A la fin du banquet, M. le président Hardy a prononcé la courte allocution classique et a abordé la délicate question de la limitation du nombre des internes. La plupart des convives ont approuvé les idées de l'orateur, que n'effraie pas trop l'augmentation croissante des candidats admis à l'internat; mais en somme les choses sur ce point n'ont pas changé depuis les récentes discussions. M. le docteur Piogey et un autre membre de l'Association ont répondu à notre Président. La réunion qui a suivi le dîner a été aussi gaie que d'habitude. »

Je me fais d'autant plus volontiers l'écho de cet appel à l'Union et au serrage des rangs, que l'internat, en se distinguant comme il a l'air de le faire, marche à l'encontre du pro-

leur origine commune et permettait d'affirmer leur nature diathésique. J'ai observé des cas dans lesquels une maladie ou un traumatisme quelconque avait fait éclater ou ramené des manifestations incontestablement diathésiques ; j'en ai vu un grand nombre dans lesquels les médications ordinaires restées sans effet, tant qu'une médication antidiathésique n'avait pas été suivie, devenaient efficaces après le traitement de la diathèse; d'autres enfin dans lesquels des manifestations sur lesquelles la médication antidiathésique ne pouvait avoir aucune influence directe, être guéries quand même par celle-ci.

Cet ensemble de constatations me paraît militer sérieusement en faveur de l'existence d'un état particulier de l'organisme auquel, pour ma part, je ne vois qu'avantage à conserver le nom de diathèse. Aussi, est-ce sans crainte d'être enseveli sous les décombres de l'édifice ancien, mais encore solide, que veut démolir M. G. Sée, que je viens lui apporter une pierre et que je lui en apporterai d'autres prochainement.

## BIBLIOTHÈQUE

Affections chroniques des voies respiratoires traitées aux thermes de Luchon, par le docteur Doit-Lambron. — Première partie. — O. Berthier, 1889.

Sous ce titre, M. le docteur Doit-Lambron entreprend une série de travaux sur les affections traitées aux thermes de Luchon.

« Nous avons, dit-il, l'intention de décrire, dans des travaux successifs, le traitement sulfureux des affections chroniques suivantes : ozène, coryza, hypertrophie des amygdales, pharyngite, laryngite, bronchite, asthme, pleurésie et tuberculose pulmonaire; une étude sur le climat de Luchon terminera cet ouvrage. »

La première partie, que l'auteur nous présente aujourd'hui, est composée des chapitre : ozène, coryza chronique, hypertrophie des amygdales. M. Doit-Lambron y consigne à la fois les observations recueillies par le docteur Lambron, son oncle, qui a longtemps exercé la médecine thermale avec une distinction reconnue de tous, et les résultats de sa propre pratique depuis cinq années; ainsi commencée, l'œuvre de notre jeune confrère ne laissera pas de lui demander plusieurs années d'efforts, mais devra constituer, en fin de compte, un ensemble du plus grand intérêt.

---

grès en général et de ses intérêts bien compris en particulier. Tout le corps médical, en ce moment, a une grande tendance à vouloir se serrer davantage les coudes, exemple les Congrès qui se multiplient d'année en année, aussi bien entre confrères étrangers qu'entre confrères français; et c'est justement ce moment-là que les internes choisissent pour desserrer les liens de toute nature, affectueux, sympathiques, scientifiques, etc., qui en ont fait de tout temps un corps d'élite! Bizarre! Bizarre!

Je dis et je prétends qu'en agissant ainsi le Corps de l'internat se porte un préjudice énorme, et je le prouve. En rappelant la puissance considérable que l'esprit de corps donne aux élèves de l'Ecole polytechnique et de l'Ecole centrale, notre confrère du *Progrès* exprime un fait connu de tous. Toutes les grandes administrations industrielles, privées ou de l'Etat, chemins de fer, mines, marine, etc., recrutent leur personnel dirigeant parmi les élèves de ces écoles; elles ne marchent plus maintenant que comme les camarades le veulent bien; à tous les degrés de l'échelle hiérarchique de ces administrations se trouve un camarade qui obéit ou commande à d'autres camarades; y a-t-il une place vacante, c'est pour un camarade. Mais jamais une injustice; pas plus dans l'administration des mines ou des chemins de fer que dans le génie ou l'artillerie, un camarade ne prendra la place d'un autre; chacun à son tour, suivant son âge, ses aptitudes et les services rendus. Chacun est coté, numéroté; il n'y a pas deux unités égales.

Voyez-vous, Messieurs les internes, ce qui arriverait si vous vous teniez tous coude à coude. Je suis persuadé que dans les concours d'adjuvat, de prosectorat, de clinicat,

TRAITÉ DES MALADIES DU TESTICULE ET DE SES ANNEXES, par les docteurs MONOD et TERRILLON. Paris, Masson, 1889.

Depuis 1857, date du traité de Curling, il n'y avait pas eu d'œuvre d'ensemble concernant les maladies de la glande séminale. Les auteurs ont voulu combler cette lacune et y ont parfaitement réussi.

Ils ont laissé de côté les maladies du scrotum et des vésicules séminales et ont cependant écrit un volume de 800 pages avec 92 figures originales. C'est que les travaux sur les maladies du testicule se sont beaucoup multipliés, ainsi qu'on peut en juger en consultant les nombreuses indications bibliographiques données avec grand soin.

Il est impossible d'analyser un ouvrage didactique. Nous nous bornerons à signaler les chapitres relatifs aux orchites infectieuses, aux kystes et surtout aux tumeurs qui sont au courant des dernières acquisitions de la science.

La thérapeutique est traitée dans tous ses détails, et un chapitre tout entier est consacré à la castration. Au point de vue du procédé de choix pour la ligature du cordon, ils admettent, après examen comparatif de la ligature en masse et de la ligature isolée des vaisseaux, « qu'aucune raison majeure ne permet de considérer l'un des procédés comme supérieur à l'autre ». — P. C.

---

## REVUE DES JOURNAUX

**Bons effets du salicylate de soude dans les affections tuberculeuses articulaires douloureuses à l'hôpital des enfants de Boston.** — Lowett a vu employer ce médicament dans un grand nombre de cas d'arthropathies douloureuses, maux de Pott, coxalgies, tumeurs blanches diverses, à des doses variables suivant l'âge du sujet. L'effet du salicylate de soude en pareils cas est de diminuer la sensibilité articulaire, les spasmes musculaires de voisinage, si communs sous la forme de *cris nocturnes*. Les mouvements articulaires et le placement et le port des appareils sont ainsi rendus plus faciles ; l'administration du salicylate de soude est un adjuvant précieux au traitement mécanique approprié.

L'influence du salicylate de soude sur ces affections articulaires douloureuses pourrait faire croire qu'elles étaient de nature non pas tuberculeuse, mais rhumatismale,

---

d'agrégation et de bureau central, vous ne verriez pas les passe-droits dont, à tort ou à raison, vous vous plaignez presque à chaque concours, et contre lesquels vous êtes désarmés. Si vous étiez une famille unie, aussi bien après que pendant l'internat, croyez-vous que les juges d'un concours, vos anciens camarades, restés en contact avec vous, oseraient favoriser à tort un des vôtres au détriment d'un autre? Non; la crainte d'être blâmé, mis en quarantaine ou à l'index par des gens du même monde qu'on rencontre souvent dans l'intimité, couperait court aux tentations de donner deux ou trois points de trop à un candidat, ou, ce que j'aime mieux croire, la crainte de se tromper entre deux candidats, deux camarades, ferait tenir un meilleur compte de toutes les données d'une épreuve ou d'un concours et forceraient les juges à juger juste.

Allons, Messieurs les internes, serrez-vous les coudes; remplissez les salles de garde; conservez les traditions du whist; revenez-y quand vous aurez fini vos quatre années, si vous voulez concourir; n'abandonnez pas la famille des internes, ni le banquet, et que les camarades arrivés tendent la main, *avec justice et impartialité*, aux camarades qui désirent les suivre dans leur carrière.

SIMPLISSIME.

les douleurs étant très rares dans la première forme, et l'indolence au contraire la règle ; mais l'auteur, prévenu de cette cause d'erreur, en a tenu compte et affirme qu'il s'agissait bien d'affections tuberculeuses.

Les indications de l'administration du salicylate de soude doivent être précisées ; il agit bien quand les malades présentent des cris nocturnes ; que le moindre mouvement, les vibrations, provoquent des douleurs très vives ; lorsqu'il existe des vomissements et un mauvais état général avec une aggravation de la lésion locale. (*Boston med. and surg. Journ.* 11 avril 1889.) — L.-H. P.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 8 juin 1889. — Présidence de M. Abadie, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La Société reçoit les journaux et revues de la quinzaine; — Une circulaire du ministre de commerce invitant la Société à se faire représenter au Congrès international d'hygiène, qui se tiendra du 4 au 11 août, sous la présidence de M. le doyen Brouardel. La Société désigne comme délégués MM. Dubrisay, Perrin et Thevenot.

— M. Dubrisay offre à la Société une brochure intitulée : *Les dispensaires pour les enfants malades.*

— M. Perrin dépose sur le bureau son *Rapport sur les colonies scolaires du IIIe arrondissement en 1888.*

— M. Moncorvo, membre correspondant, adresse un travail sur les *Troubles dyspeptiques dans l'enfance et sur leur diagnostic par la recherche chimique du suc gastrique.* Ce mémoire se termine par les conclusions suivantes :

I. — Les troubles dyspeptiques se présentent avec une fréquence exagérée chez les enfants au Brésil.

II. — Outre les causes d'ordre alimentaire, la température élevée de la zone tropicale pendant les longues saisons d'été, ne manque point d'exercer une puissante influence sur la production des accidents digestifs, consécutivement à l'hypersécrétion sudorale.

III. — Chez les enfants au-dessus de la deuxième année, les troubles gastro-intestinaux coïncident plus souvent avec la dilatation du ventricule.

IV. — De la naissance à la fin de la deuxième année, l'insuffisance gastrique est presque invariablement due au déficit ou à l'absence de l'acide libre du suc gastrique.

V. — Plus tard, il n'est pas aussi rare de retrouver quelques cas d'hyperchlorhydrie, mais c'est toujours l'anachlorhydrie ou l'hypochlorhydrie qui constituent la règle.

VI. — La prédominance du déficit de l'acide dans les cas qui viennent d'être indiqués semble bien confirmée par les succès obtenus alors par la chlorhydrothérapie.

— M. le Secrétaire général annonce à la Société qu'un seul mémoire est parvenu dans les délais voulus pour le concours du prix Duparcq. Ce mémoire est soumis à une commission composée de MM. Abadie, Cyr, Desnos, Gillebert d'Hercourt et Polaillon.

M. Abadie, au nom du conseil d'administration, expose que ce conseil s'est réuni en vertu de l'art. 32 du règlement, pour vérifier les comptes du trésorier. La situation financière telle qu'elle ressort des pièces qui lui ont été communiquées, est la suivante :

| | | |
|---|---|---|
| En caisse au 1er janvier 1888 | Fr. | 2.839 91 |
| Recettes de l'exercice 1888 | | 4.193 30 |
| Total de l'actif | Fr. | 7.033 21 |
| Dépenses pendant le même exercice | Fr. | 4.137 94 |
| Reste en caisse au 31 décembre 1888 | Fr. | 2.895 27 |

La Société possède, en outre, trois titres de rente nominative 3 p. 100, déposés à la Société générale, s'élevant à la somme totale de 872 francs de revenu annuel.

Il propose de voter les remerciements les plus chaleureux à M. Perrin pour sa gestion si dévouée. (Adopté.)

— M. Polaillon communique une observation de *fibro-myome* du corps de l'utérus, opéré et guéri. Mais dans le cours de la convalescence a éclaté un délire mélancolique qui a nécessité l'évacuation de la malade sur l'asile Sainte-Anne. Opérée le 11 août, la femme a été transférée à Sainte-Anne le 3 octobre. (L'observation sera publiée.)

M. Duroziez : Il me semble que M. Polaillon a fait assez facilement cette opération qu'il n'a pas jugée trop dangereuse. N'y avait-il pas lieu d'essayer d'abord le traitement électrique? Certains auteurs, tant en France qu'à l'étranger, prétendent qu'il faut toujours commencer par traiter ces affections par l'électricité. Et les partisans de cette méthode lui attribuent toutes sortes de vertus, celle, entre autres, d'arrêter ou d'empêcher les hémorrhagies.

M. Abadie : Je crois que le traitement électrique a donné d'excellents résultats; mais j'ai été fort surpris de voir que M. Lucas-Championnière en fasse revenir le mérite au docteur Danion. Les procédés que l'on emploie appartiennent en propre au docteur Apostoli, notre collègue; c'est lui qui a eu le mérite d'imaginer le traitement actuellement suivi.

M. Polaillon : Le traitement des fibro-myomes par l'électricité est encore fort controversé, et n'est pas universellement accepté. J'ai vu de ces traitements électriques rester sans résultat. Apostoli, perforant la tumeur avec plusieurs pôles positifs, et appliquant le pôle négatif sur l'abdomen, recouvert au préalable d'une couche de terre glaise, fait en réalité de l'électrolyse. Ce procédé n'est pas sans danger; il y a eu plusieurs fois des péritonites mortelles, Apostoli l'a reconnu lui-même. Chéron applique un autre procédé; il fait passer par l'utérus un courant intermittent.

Pour me résumer, je dirai que, sur 91 fibromes que j'ai observés à la Pitié, j'en ai opéré 58; 33 n'étaient pas opérables. Quand la tumeur n'est pas trop volumineuse, il y a tout bénéfice à attendre, parce qu'il y a des chances pour qu'elle se pédiculise.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

---

### Table à opérations du docteur Nicoletis

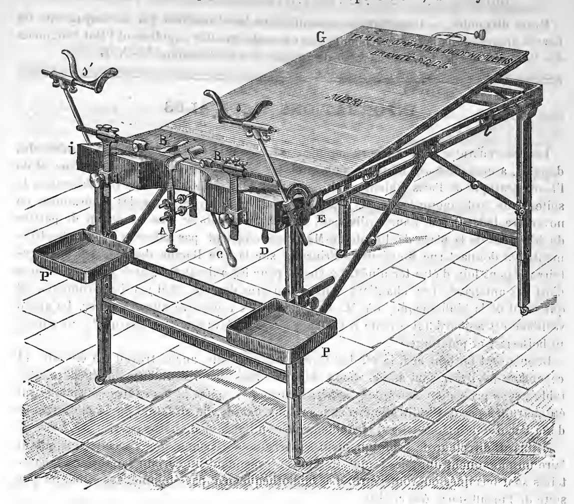
Construite par Aubry, fabricant d'instruments de chirurgie.

Nous avons examiné avec intérêt la table à opération du docteur Nicoletis, parce qu'elle nous paraît posséder plusieurs qualités essentielles : portative, légère, d'un entretien facile, se prêtant à toutes les opérations, principalement à la gynécologie, elle est, par dessus tout, ingénieusement combinée pour *économiser les aides*. Tout chirurgien, faisant couramment les opérations qui portent sur l'utérus et la cavité vaginale, sait combien il est utile de se passer d'aides ou d'en avoir le moins possible. Grande incommodité pour l'opérateur, fatigue des assistants, perte de temps considérable, durée trop longue et, dans une certaine mesure, dangers plus grands des manœuvres, tels sont les inconvénients des aides nombreux. Il est donc important d'avoir un appareil assez bien construit pour les remplacer automatiquement.

Sur la table du docteur Nicoletis, la malade est soutenue dans la position dorsale, les jambes et les cuisses fléchies. Le vagin est dilaté par trois valves : une inférieure et deux latérales à inclinaison latéro-supérieure. La dilatation s'obtient d'une manière douce et régulière; les valves laissent à découvert une grande surface des parois latérales, le méat urinaire et toute la paroi antérieure du vagin.

Inversement, on peut découvrir la paroi postérieure. Les valves sont maintenues par des moyens mécaniques qui permettent toutes les inclinaisons; le chirurgien n'est obligé de déplacer ni valves, ni autres agents de contention.

Cette table, entièrement métallique, mesure $1^m$ de long sur $0^m,52$ de large et $0^m,11$ d'épaisseur. Elle est chauffée par l'eau chaude ou la vapeur d'eau, au moyen de tubes




LÉGENDE.

*A* Valve inférieure montée sur une pièce à coulisse.

*B B'* Valves latérales qui peuvent s'abaisser ou s'écarter, se changer pour d'autres plus larges, plus petites ou obliques.

*C* Clé permettant d'élever ou d'abaisser le bassin.

*D* Levier de déclanchement pour désengrener les porte-jambes et les ramener en avant.

*E* Quart de cercle pour fixer les porte-jambes.

*G* Dossier de la table qu'on élève à volonté et qui se fixe au moyen d'une crémaillère mobile.

*i* Devant de la table, à charnière, qu'on soulève au moyen de la clé *C* pour élever le bassin.

*P P'* Plateaux à instruments qu'on peut mettre dans toutes les positions.

*s s'* Supports porte-jambes qui, au moyen de tourillons à pignons, roues dentées et tiges à coulisse, permettent de supporter, d'élever, d'écarter ou de fléchir les jambes.

de circulation qu'on remplit avant d'opérer. Elle peut être utilisée pour les diverses opérations de la chirurgie générale. Grâce aux supports des cuisses abaissés horizontalement, l'application de bandes circulaires à partir de la région ombilicale se fait très facilement.

## FORMULAIRE

Collutoire contre la stomatite. — Le Gendre.

| | |
|---|---|
| Acide borique........................................ | 1 gramme. |
| Chlorate de potasse.................................. | 0 gr. 75 centigr. |

Jus de citron ........................................ 15 grammes.
Glycérine ............................................ 10 —

Faites dissoudre. — Ce collutoire conseillé dans les stomatites qui accompagnent les fièvres graves, dans la fièvre typhoïde par exemple, modifie rapidement l'état fuligineux des lèvres et des dents, la sécheresse des gencives et de la langue. — N. G.

## INFORMATIONS MÉDICALES

Les constructions a la Faculté de médecine. — M. Bourneville, à la Chambre des députés, a demandé au ministre pourquoi les travaux de l'Ecole de médecine et de l'Ecole pratique de Paris étaient conduits avec la plus grande lenteur. L'architecte, à la suite d'une visite inopinée de M. Alphand, avait promis de livrer les laboratoires en novembre 1888. Or, M. Bourneville vient de pouvoir constater que beaucoup de parties du bâtiment de la place de l'Ecole-de-Médecine n'étaient pas achevées et que les bâtiments qui donnent rue Monsieur-le-Prince et sur la rue Racine destinés à des laboratoires étaient loin d'être terminés. Le chenil pour les animaux destinés aux expériences n'est pas aménagé. Les chantiers sont à peu près déserts, et il y a des bâtiments, tel que celui de la bibliothèque, où M. Bourneville n'a rencontré aucun ouvrier. Le grand vestibule est aujourd'hui comme il y a cinq ans, ou davantage : ni parquets, ni dalles, ni boiseries, ni peintures.

Depuis sept ou huit ans, là où doit être la bibliothèque, aucun travail n'a été fait. Et cependant les livres sont actuellement déposés dans des immeubles délabrés, inhabitables, sans protection contre les dangers d'incendie, contre la pluie. Des collections ont été détruites par des infiltrations d'eau. A tous égards, la situation de la bibliothèque de la Faculté de médecine est véritablement humiliante pour notre pays.

M. Liard, directeur de l'enseignement supérieur, a reconnu que l'architecte, voulant faire un monument durable, y met le temps ; cependant un certain nombre de laboratoires sont terminés ou vont l'être. La bibliothèque n'a pas été aménagée plus tôt par suite de l'insuffisance des crédits.

## COURRIER

Hôpital Rothschild. — Nous apprenons avec le plus vif plaisir que M. le docteur Weill vient d'être nommé médecin en chef de l'hôpital Rothschild. Tous nos compliments à notre distingué confrère.

Société médico-pratique. — Séance du 24 juin. — *Ordre du jour* : 1. Rapport de M. Potherat sur la candidature de M. Hœlling. — 2. M. Tripet : Note sur un cas bizarre de colique hépatique. — 3. M. Moreau-Marmont : Quelques considérations sur la greffe dentaire. — 4. M. Gellé : Communications sur la bourse de Luschka. — 5. Election d'un membre titulaire.



*Le Gérant* : G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## Quel est le meilleur traitement actuel de la diphthérie?

Dans son livre récent (1), M. Renou caractérise par quatre épithètes l'état d'esprit des médecins quand on leur parle du traitement de la diphthérie, en disant qu'ils se divisent en quatre catégories : les sceptiques, les désespérés, les indifférents, les enthousiastes; et il ajoute que le même médecin passe souvent par ces différentes étapes : « On commence par la foi, par l'ardeur de la lutte; le désespoir arrive, l'indifférence le remplace, le septicisme reste. Et la diphthérie justifie toutes ces situations ». Non, rien ne saurait justifier l'indifférence vis-à-vis d'une maladie dont la fréquence s'est accrue dans une telle proportion, et ce qui doit rendre au médecin l'ardeur pour la lutte, c'est la conscience des progrès considérables réalisés dans la connaissance de son étiologie et de sa pathogénie, ainsi que nous l'avons montré dans le précédent article (2).

Déjà la prophylaxie s'est trouvée singulièrement éclairée. Nous savons que, sur une muqueuse nasale, buccale, pharyngienne ou laryngo-bronchique privée en quelques points de son épithélium par une inflammation catarrhale aiguë se greffe un microbe, dont nous connaissons le signalement et les principaux caractères biologiques; nous savons que ce microbe est apporté, sinon exclusivement, du moins beaucoup plus souvent par l'intermédiaire des personnes et des objets que par l'air. Peut-être même chez quelques individus, suivant une hypothèse de MM. Roux et Yersin, séjourne-t-il inoffensif sur la muqueuse bucco-pharyngienne, tant qu'elle est saine, pour n'exercer son action pathogène que si cette muqueuse vient à s'enflammer. Nous avons donc le devoir d'instituer la thérapeutique antiseptique du moindre catarrhe des voies aériennes chez les enfants, de faire disparaître chez eux aussi promptement que possible ces nids à microbes, les productions adénoïdes du naso-pharynx, de leur tenir dans un état d'asepsie relative la cavité buccale. — Nous devons, en outre, poursuivre avec un soin persévérant la désinfection complète des locaux où ont été soignés des diphthéritiques, la destruction intégrale de tous les objets qui les ont touchés et qui ne peuvent être convenablement stérilisés. Le jour où les préceptes fondamentaux de l'antisepsie prophylactique auront suffisamment pénétré tout le corps médical, et non pas seulement son élite, le public non médical mieux renseigné se défiera de dangers qu'il ne soupçonne guère (transport dans les fiacres, infection par les jouets, par les berceaux, les tentures, par un vieux pinceau à badigeonner la gorge oublié

(1) *La diphthérie, son traitement antiseptique,* par M. J. Renou (de Saumur), 1889.
(2) Voir *Union médicale* du 4 juin.

dans une armoire, etc.). Dès lors la fréquence de la diphthérie diminuera certainement, comme diminuerait sans doute aussi celle de la tuberculose si tant de médecins, soignant des phthisiques, n'oubliaient pas de faire l'éducation antiseptique du malade et de son entourage.

Mais je laisse de côté la prophylaxie, et je dis que les récentes découvertes de MM. Roux et Yersin doivent rendre le courage au médecin, même au point de vue thérapeutique.

Nous savons maintenant de science certaine que la diphthérie, d'une durée variable suivant les cas, évolue en deux étapes : une infection locale par des microbes et une intoxication générale consécutive par le poison chimique qu'ont fabriqué les microbes au niveau des fausses membranes. La première période peut être courte, il est vrai, mais elle existe toujours. Nous devons donc chercher à faire le diagnostic le plus tôt possible afin de détruire, s'il se peut, le foyer des microbes avant qu'ils n'aient eu le temps d'inonder l'économie du poison fabriqué par eux. Mais comme nous ne sommes pas certain de les détruire tous d'emblée, il est prudent de ne pas faire de délabrements inutiles des tissus au niveau du point d'implantation de la fausse membrane, afin de ne pas favoriser la pénétration du poison que les microbes survivants et proliférant vont continuer à sécréter. Enfin, quand l'empoisonnement est réalisé, il y a lieu d'appliquer les règles du traitement des intoxications générales.

C'est à la double préoccupation de réaliser l'antisepsie, mais sans nuire au malade, qu'obéissent les médecins qui, dans ces derniers temps, ont parlé du traitement de la diphthérie, depuis M. Renou qui ne veut pas qu'on touche du tout aux fausses membranes, jusqu'à M. Guelpa qui les poursuit sans merci jusque dans les points les moins accessibles à l'antisepsie locale.

## I

Le livre de M. Renou, qui est d'ailleurs plein d'excellentes choses, a été écrit avant la publication des travaux de MM. Roux et Yersin; l'auteur admet encore que dans la diphthérie, « quand elle nous est démontrée, le microbe a déjà envahi les profondeurs de l'organisme... C'est dans le sang qu'il faudrait l'aller chercher... » Il est avéré, nous l'avons dit, que cette manière de voir est inexacte, que le microbe reste à peu près constamment sur la surface muqueuse et que le poison chimique seul se diffuse. Quoi qu'il en soit, M. Renou s'est proposé « de pratiquer, au moyen de l'air respiré, l'antisepsie phéniquée du malade ». M. Renou repousse énergiquement « toute cautérisation, toute action destructive de la fausse membrane », telle que la préconise M. Gaucher; il repousse aussi les badigeonnages de la gorge avec des substances inoffensives comme l'eau de chaux et le jus de citron, et conseille en un mot « de respecter la fausse membrane dans laquelle il voit un élément précieux de diagnostic au jour le jour et de pronostic ». Les simples irrigations d'eau boriquée, à propos desquelles M. Renou me fait l'honneur de citer le manuel opératoire dont j'ai précisé les détails, ne trouvent pas mieux grâce devant lui que la cautérisation, sauf dans les cas d'angine putride, où la muqueuse sécrète un ichor séro-purulent mêlé de sang putréfié qui se répand dans la bouche et peut pénétrer dans les voies digestives et respiratoires.

La méthode de M. Renou, c'est la *vaporisation* phéniquée. On lui a reproché de n'avoir pas tenu compte des expériences de désinfection dans

lesquelles Schotte et Gärtner ont démontré que l'acide phénique n'était pas volatilisable ; M. Renou répond que l'acide phénique et une solution d'acide phénique ne sont pas la même chose ; que l'acide, dissous dans sa solution, reste dissous dans le simple changement d'état de cette solution devenue vapeur. Il n'est pas douteux que les malades qui respirent dans une atmosphère saturée de vapeurs phéniquées absorbent de l'acide phénique, qu'on retrouve dans les urines.

Cette absorption énergique et rapide est même un danger qu'on a objecté à M. Renou, étant connue la susceptibilité des enfants pour l'acide phénique. L'auteur de la méthode répond qu'on a toujours le temps d'obvier aux accidents toxiques, si on en surveille avec soin les prodromes : les urines vert olive, les vomissements et la pâleur.

Bref, la méthode de M. Renou consiste à tenir le malade dans une chambre aérée, pas trop grande, dont on maintient la température de 20° à 22°, et à vaporiser continuellement, dans une casserole placée sur un fourneau de cuisine à pétrole, une solution phéniquée ; la proportion d'acide phénique est calculée d'après le cubage de la pièce, la limite étant 1 gramme d'acide phénique par mètre cube et par vingt-quatre heures. Le reste du traitement comprend : l'alimentation, les toniques, le sulfate de quinine et la trachéotomie, quand son heure a sonné. Mais on ne touche pas aux fausses membranes !

Notre ami Geffrier, à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, a appliqué la méthode de M. Renou et dépose en sa faveur (thèse de M. Paterne, 1888). D'autres médecins de Saumur l'ont adoptée aussi. — A Nantes, M. Bonamy a préféré les vaporisations avec une solution d'eucalyptus. (*Bulletin de thérapeutique,* 1889.)

II

A l'indifférence absolue de M. Renou vis-à-vis des manifestations pseudomembraneuses (sauf pour les accidents d'ordre mécanique), j'opposerai comme contraste l'acharnement avec lequel M. Guelpa veut les poursuivre, même dans des cavités où il n'est pas certain encore qu'elles existent. M. Guelpa est d'ailleurs très préoccupé de ne pas blesser la muqueuse ; il repousse les cautérisations et compte seulement sur des irrigations faites d'une manière presque continue tous les quarts d'heure le jour et toutes les demi-heures la nuit avec une solution de perchlorure de fer à 5 ou 10 p. 1,000.

S'il repousse l'ablation des fausses membranes par frottement et cautérisation, ce n'est pas d'ailleurs par défaut de hardiesse chirurgicale ; car il a proposé deux choses hardies : d'abord il est disposé à faire la trachéotomie préventive avant que le croup ne soit avéré, afin de pouvoir irriguer la région glottique et prévenir son envahissement par les fausses membranes venues du pharynx : en outre il conseille de pratiquer la trépanation du sinus maxillaire quand la diphthérie a envahi les fosses nasales.

La trachéotomie précoce peut être acceptée, je pense, dans certaines conditions d'âge ; je dis précoce, mais non antérieure à toute manifestation laryngée ; car enfin on ne sait jamais si le larynx sera envahi et il est douteux qu'on ait le droit d'ajouter le risque de la trachéotomie à ceux que court déjà le malade, quand on n'est pas certain qu'il ait le croup.

Quant au drainage de l'antre d'Hygmore, je doute que M. Guelpa lui trouve des partisans.

Il reste encore à opposer à sa méthode d'irrigations presque continues, avec une solution diluée de perchlorure de fer, deux critiques : l'une, c'est qu'elle doit priver absolument de sommeil les malades, qui en ont besoin presque autant que d'aliments; la seconde, c'est qu'une solution si diluée de perchlorure de fer ne paraît pas douée de propriétés antiseptiques notables.

A la méthode de M. Renou et à celle de M. Guelpa, je préfère celle de M. E. Gaucher, dont je vais parler plus loin et qui consiste à déterger mécaniquement et rapidement la muqueuse tout en la cautérisant.

III

Mais je dois citer auparavant la thérapeutique éclectique que j'ai vu appliquer par M. Jules Simon, quand j'avais l'honneur d'être son interne il y a déjà huit ans, et à laquelle il est resté fidèle; elle comprend des badigeonnages toutes les heures le jour et trois fois dans la nuit avec un collutoire ainsi composé : acide salicylique, 0,50 à 1 gramme; alcool, q. s. pour dissoudre; glycérine, 40 grammes; infusion d'eucalyptus, 60 grammes. Ces badigeonnages sont plutôt des frottements, faits « avec une certaine force, de façon à détacher les parties les moins adhérentes, sans toutefois excorier la muqueuse sous-jacente ».

Quand les membranes sont très épaisses et très adhérentes, deux à quatre attouchements par jour sont faits avec un mélange à parties égales de perchlorure de fer et de glycérine.

Toutes les deux heures, le badigeonnage est suivi d'une irrigation tiède avec l'eau de chaux, ou la solution boriquée saturée ou l'eau de Vichy, rarement avec l'eau phéniquée à 1/100, M. J. Simon ayant vu des enfants réellement intoxiqués par l'acide phénique.

En outre, M. J. Simon utilise, suivant la bonne volonté et l'âge des enfants, les gargarismes, les pulvérisations avec des solutions d'eucalyptus ou de thymol.

A la diphthérie nasale il oppose la pommade soufrée; à la diphthérie cutanée, l'iodoforme en poudre.

En outre, il fait vaporiser dans la chambre du goudron et de l'eucalyptus.

Comme traitement interne, outre l'alimentation et les toniques, M. Simon donne, comme faisait Aubrun, le perchlorure de fer (10 à 20 gouttes par vingt-quatre heures, suivant l'âge) dans du grog ou du bouillon, et chez les enfants ayant dépassé 5 ans le cubèbe et le copahu (méthode de Trideau).

IV

En terminant, je dirai à quelles conclusions m'a conduit l'observation des diphthéritiques pendant mon temps de clinicat à l'hôpital des Enfants-Malades, où j'ai pu faire des tentatives variées grâce à l'initiative qu'ont bien voulu me laisser mes maîtres, M. le professeur Grancher et M. le professeur agrégé Hutinel.

En 1887, j'ai préconisé le traitement suivant (1) :

Trois ou quatre fois par jour, attouchement sur toute l'étendue des

(1) *Archives de laryngologie*, 1887, n° 1. — *Traité pratique d'antisepsie*, 1888.

fausses membranes et un peu au-delà avec une solution de sublimé à 1 p. 100 dans l'alcool.

Toutes les deux heures, irrigations abondantes, suivies de pulvérisations, avec une solution saturée d'acide borique (4 p. 100) chaude. Les pulvérisations peuvent être faites même plus souvent dans les cas les plus graves. On obtient facilement des enfants qu'ils se tiennent pendant quelques minutes la bouche ouverte devant le jet du pulvérisateur à vapeur.

La fréquence des irrigations et le soin avec lequel elles sont pratiquées sont d'une importance capitale. J'en ai indiqué, dans mon traité d'antisepsie, le manuel opératoire détaillé.

On pouvait faire au sublimé dissous dans l'alcool le reproche d'être très désagréable et même douloureux au bout de quelques attouchements, bien que les irrigations et pulvérisations boriquées chaudes, sur l'importance desquelles M. le professeur agrégé Hutinel insiste avec raison, calment beaucoup la douleur des attouchements mercuriels. Plus tard, j'ai substitué au sublimé le bi-iodure de mercure dissous à l'aide de l'iodure de potassium et la douleur était moindre.

En 1888, j'ai mis à l'essai un médicament dont M. le professeur Ch. Bouchard nous a fait connaître les multiples avantages et qui a déjà rendu tant de services comme antiseptique des surfaces, le naphtol. Plusieurs fois par jour on badigeonnait toute la surface envahie par les fausses membranes, après les avoir enlevées soigneusement, mais sans violence, avec un tampon d'ouate imbibé de la solution suivante :

| | |
|---|---|
| Naphtol.......................... | 5 grammes |
| Alcool.......................... | 5 grammes |
| Glycérine .......................... | 100 grammes |

et manœuvré au bout d'une longue pince.

La sensation éprouvée au contact du glycérolé naphtolé est d'abord celle d'une chaleur un peu cuisante ; mais au bout de quelques minutes elle fait place à une sensation de fraîcheur intense qui rappelle celle de l'alcool de menthe; cette réfrigération s'accompagne d'anesthésie de la muqueuse, car si à ce moment on fait une nouvelle application de naphtol, la sensation de chaleur cuisante du début n'est généralement plus perçue. Je puis affirmer que les enfants supportent parfaitement ces attouchements après la surprise et la protestation inévitable de la première séance.

Ce topique ne provoque pas de réaction inflammatoire ; grâce à la glycérine les cristaux de naphtol restent adhérents à la surface malade et exercent leur précieuse action antiseptique. La déglutition en est sans inconvénient puisque le naphtol peut être donné par la voie gastrique a des doses de 2 et 3 grammes par vingt-quatre heures. Toutes les deux heures on faisait des irrigations avec de l'eau naphtolée à 0 gr. 20 pour 1,000.

La supériorité sur les solutions mercurielles me paraît évidente pour ces mélanges de phénols avec le camphre ou l'huile qui ne mouillent pas les tissus et n'agissent qu'aux points où on les met. Je rappelle que E. Gaucher, utilisant l'emploi du camphre phéniqué qui avait été proposé par Soulez (de Romorantin), a créé une méthode qui mérite de porter son nom ; cette méthode est l ablation des fausses membranes par frictions énergiques et réitérées, avec un écouvillon imbibé du mélange antiseptique.

Bien que j'aie eu à me louer en somme du naphtol camphré, il me semble pourtant que le phénol camphré est en général préférable. L'expérimen-

tation a d'ailleurs prouvé à Yersin que l'acide phénique est l'antiseptique qui gêne le plus le développement du microbe de Klebs.

Peut-être l'acide phénique est-il plus douloureux que le naphtol; encore n'est-ce pas certain. Ce qui est douloureux, c'est le frottement, c'est la mise à nu des extrémités nerveuses du derme muqueux beaucoup plutôt que le topique qu'on y dépose. En outre l'acide phénique est anesthésique, si bien que quand on fait trois frictions successives en peu de temps au même point, la seconde et la troisième sont beaucoup moins douloureuses que la première.

Gaucher a modifié récemment la formule de son topique, afin que les chiffres fussent plus faciles à retenir; la voici telle qu'il l'emploie maintenant :

| | | |
|---|---|---|
| Acide tartrique | 1 | gramme. |
| Acide phénique pur | 5 | grammes. |
| Alcool à 36° | 10 | — |
| Camphre | 15 | — |
| Huile d'amandes douces | 20 | — |

Pour obtenir une solution limpide, faire dissoudre en chauffant *avec précaution* au bain-marie l'acide phénique et le camphre dans l'alcool; ajoutez l'acide tartrique et l'huile.

L'écouvillon peut être un peu de ouate enroulée autour de l'extrémité d'un petit bâton; mieux vaut un pinceau brosse en blaireau, un peu dur, ou en soies de porc, manche en bois blanc, armature en fer-blanc, tel qu'on en trouve chez tous les marchands de couleur (grosseur n° 12).

L'enfant, étant littéralement empaqueté dans un drap qui lui tient les bras serrés le long du corps, est placé entre les jambes d'une personne qui lui maintient solidement la tête immobile sur sa poitrine. Cette personne doit être robuste et inaccessible à l'émotion.

Les ouvre-bouches les plus perfectionnés et les ballons m'ont toujours paru gênants et même nuisibles; l'enfant se blesse à leur contact et les blessures sont recouvertes bientôt de fausses membranes. Une cuiller d'argent solide est le plus commode abaisse-langue.

Il suffit de pincer le nez de l'enfant en lui levant un peu la tête pour qu'il crie en entr'ouvrant la bouche; vous glissez le manche de la cuiller sur la langue et entre les arcades dentaires et l'y maintenez solidement, puis vous abstergez soigneusement la gorge avec des tampons d'ouate tenus au bout de pinces, afin de bien vous rendre compte de la topographie des fausses membranes.

Alors vous commencez la friction avec l'écouvillon imbibé de la solution caustique et antiseptique, mais égoutté avec soin. Vous frottez plus ou moins, mais toujours vigoureusement les points malades, et les fausses membranes restent adhérentes à votre écouvillon sous forme de débris plus ou moins ténus, de lambeaux plus ou moins longs.

Lavez l'écouvillon dans l'eau phéniquée, imbibez-le de nouveau de camphre phéniqué, et recommencez jusqu'à ce que toutes les fausses membranes aient été enlevées ou détruites, puis touchez une dernière fois les surfaces dénudées avec la solution antiseptique.

Recommencez matin et soir.

Dans l'intervalle, faites aussi souvent que possible des pulvérisations d'eau boriquée saturée chaude, si l'enfant s'y prête, — en tout cas toutes

les deux heures des irrigations soit avec l'eau boriquée saturée ou naphtolée, si l'enfant est jeune, soit avec l'eau phéniquée au centième s'il est assez âgé pour qu'on n'ait plus à redouter l'intoxication phénique. Pour faire les irrigations chez les enfants très jeunes, la meilleure position à leur donner est de les tenir sur le ventre, le visage au-dessus d'une cuvette pour qu'ils n'avalent pas trop de liquide et n'aient pas d'accès de suffocation.

A la méthode de Gaucher se sont ralliés bon nombre de médecins, notamment M. Dubousquet-Laborderie (de Saint-Ouen), dont les bons résultats ont été cités à la Société des hôpitaux. Quant à moi, bien que je l'aie mise à profit moins souvent que les autres traitements dont j'ai parlé plus haut, je me sens pour elle une inclination facile à comprendre depuis qu'entre les mains de Gaucher ou dans les miennes trois collègues très aimés et le fils d'un de mes plus chers amis ont été guéris par elle.

Paul LE GENDRE.

---

**Erysipèle et circoncision.**

Mme X..., israélite, mère d'une fille de trois ans, très robuste, accouche d'un fort garçon dans la nuit du 26 au 27 avril 1889. En revenant la voir, dans la journée, j'apprends que son beau-père, un octogénaire, est couché dans une chambre complètement séparée de la sienne. Je constate, chez ce malade, un érysipèle de la face, avec de grosses phlyctènes. Ce malade guérit très rapidement, et, malgré un restant de desquamation, il sort au bout de six jonrs et commmunique avec l'enfant.

Le 4 mai, jour fixé pour la circoncision, tout va bien; cependant, voyant encore une trace de desquamation sur la figure du vieillard, je l'empêche de tenir l'enfant pendant l'opération.

L'opérateur, M. G..., péritomiste, prépare l'enfant qui n'a présenté aucun signe d'un malaise quelconque. Au moment d'opérer, il remarque près de l'aine droite deux ou trois petites vésicules qui se déchirent au moment du lavage des parties génitales. N'attachant aucune importance à ce fait, et ne pensant pas qu'il y eût un rapport quelconque entre les vésicules et l'érysipèle du grand père, je fais passer outre. L'opération est pratiquée suivant la méthode traditionnelle : section du prépuce et déchirure du feuillet muqueux restant. Il s'écoule très peu de sang. M. G... suce la plaie à trois reprises en remplissant la bouche avec du vin, puis il fait un pansement simple avec de l'amadou.

L'enfant passe une très bonne journée; cependant, vers le soir, la famille trouve qu'il dort trop et tette trop peu, je conseille de donner des grogs légers ; et, le lendemain, je trouve la plaie presque cicatrisée et le petit opéré en parfait état.

Le troisième jour, l'enfant est très agité, enroué à force de crier et atteint d'une fièvre assez intense. La plaie de la circoncision est complètement cicatrisée : la verge et le scrotum, à l'état normal; mais les cuisses et les jambes sont couvertes de phlyctènes déchirées, laissant pendre des lambeaux d'épiderme. Plus de doute, l'enfant est atteint d'un érysipèle, ayant débuté par les vésicules de la veille et résultant d'une contagion par le grand-père.

Il est certain que, si la contagion avait été amenée de cette façon par une personne étrangère, on aurait accusé la succion d'avoir *fait le coup.*

Un traitement énergique me rendit maître, au bout de quelques jours, des accidents généraux; mais l'érysipèle envahit peu à peu tout le corps, depuis la plante des pieds jusqu'au sommet de la tête, en *épargnant uniquement les parties génitales.*

L'enfant est complètement guéri le 24 mai.

Cette observation nous paraît intéressante à plusieurs égards; nous en ferons surtout ressortir les faits suivants :

1° Un enfant de six à sept jours peut être contagionné par un érysipèle en desquamation, même lorsque sa peau ne présente aucune solution de continuité.

2° La plaie opératoire, faite suivant le procédé traditionnel israélite, n'a été influencée en rien par cet érysipèle.

3° La partie opérée et succionnée a été la seule épargnée par une maladie qui s'est étendue sur tout le reste du corps.

N'est-on pas en droit de conclure de ces faits que la succion seule, agissant à la façon d'une saignée, a pu mettre la plaie à l'abri d'une complication qui pouvait être extrêmement dangereuse? Dr Klein.

## BIBLIOTHÈQUE

L'Œuvre de C.-J. Davaine. — Paris, J.-B. Baillière, 1889.

Réunir en un volume, les travaux d'un homme justement célèbre, épars dans un grand nombre de recueils divers, est une chose que j'apprécie trop, et pour cause, pour ne pas applaudir à la pensée qu'a eue M. le docteur J. Davaine de rassembler les notes et mémoire que son illustre parent avait dispersés dans divers périodiques ou comptes rendus de Sociétés savantes.

Tous n'y sont pas; il suffit de comparer la table des matières avec les indications bibliographiques données par M. le professeur Laboulbène dans la *Notice* sur C.-J. Davaine qui sert en quelque sorte de préface à ce volume, pour voir que l'éditeur a fait une sélection dans les nombreuses notes sorties de la plume de l'auteur; mais celles qui sont reproduites ne manquent pas d'importance : ce sont les communications à la Société de biologie, à l'Académie de médecine ou à l'Académie des sciences sur le charbon, la septicémie, les maladies parasitaires et microbiennes des végétaux et des animaux; sur l'anatomie normale et les anomalies, etc.

La grande part que Davaine a prise à l'étude des maladies charbonneuses, en découvrant la *bactéridie du sang de rate*, le premier microbe virulent qui ait été signalé, décrit, figuré, aurait mérité à ce savant d'appeler de son nom l'agent infectieux du charbon; et cependant le *bacille de Davaine* ne figure pas encore sous ce terme dans les livres classiques. Cette dénomination, proposée par M. Chauveau dans le remarquable discours qu'il a prononcé à la séance d'ouverture du Congrès pour l'étude de la tuberculose, n'est pas encore vulgarisée, mais nous n'hésitons pas à la rappeler pour qu'elle franchisse les limites de ce Congrès.

En publiant ce volume, M. J. Davaine n'a pas seulement rendu un pieux hommage à une mémoire vénérée. Il pense avoir en même temps rendu service à la science. Nous sommes absolument de son avis, car en facilitant la recherche des travaux de Davaine, il permettra à ceux qui veulent les consulter de remonter à la source, et d'éviter ainsi les erreurs inséparables de l'emploi des documents de seconde main.

L.-H. Petit.

L'hygiène prophylactique (microbes, ptomaïnes, désinfection, isolement, vaccinations et législation), par le docteur Dujardin-Beaumetz, avec figures dans le texte et une planche chromolithographiée. — O. Doin; 1889.

Ce nouveau volume de M. Dujardin-Beaumetz contient les conférences qu'il a faites à l'hôpital Cochin pendant l'année scolaire 1887-1888. Après avoir pendant de nombreuses années traité les questions de thérapeutique, avec un succès attesté par l'affluence croissante des auditeurs, M. Beaumetz s'est depuis trois ans attaché à vulgariser les découvertes qui ont transformé la science de l'hygiène; il a, fidèle à ce programme, exposé l'hygiène alimentaire, l'hygiène thérapeutique (massage, hydrothérapie, kinésithérapie aérothérapie, climathérapie) dans des leçons auxquelles le public médical a fait le plus favorable accueil. Cette fois, sous le nom d'hygiène prophylactique, il montre tout

le parti que nous devons tirer, au point de vue de la prophylaxie, des merveilleuses découvertes faites par la microbiologie et la chimie des alcaloïdes organiques. Quelques mots sur le développement du plan adopté par l'auteur en feront saisir l'extrême intérêt.

Après l'exposé de considérations générales sur la doctrine microbienne, M. Beaumetz a étudié successivement les microbes pathogènes, les ptomaïnes et leucomaïnes, les infections et intoxications, les désinfectants et la désinfection, l'isolement, la vaccination antivariolique et les vaccinations pastoriennes, la prophylaxie par l'alimentation et la législation de l'hygiène prophylactique (cette dernière avec le concours de M. A.-J. Martin).

Il est à désirer que ce nouveau volume de M. Dujardin-Beaumetz soit lu par tous les médecins; la santé publique gagnerait tant à ce que l'importance des questions traitées par lui soit appréciée comme elle mérite de l'être. — P. L. G.

## REVUE DES JOURNAUX

### JOURNAUX ITALIENS

**Sur les névroses réflexes déterminées par les affections du nez**, par le docteur Origene Masini, de la Clinique médicale du professeur Maragliano (de Gênes). — L'opinion qui admet avec tant de raison qu'un certain nombre d'états pathologiques du nez soit la cause du réveil de troubles dans l'innervation de différents organes plus ou moins éloignés, date de la plus haute antiquité. Nous citerons parmi les modernes Tissot et ses sympathies nerveuses; Trousseau et son coryza spécial dans l'asthme; Ducros, qui, en traitant des affections inflammatoires de la gorge et de l'arrière-cavité des fosses nasales, vit l'amélioration de multiples affections nerveuses de l'appareil respiratoire. Voltolini (de Breslau) a guéri un asthmatique en lui enlevant un polype naso-pharyngien. Haenisch, Hartmann, Daly, Porter, Frænckel, Joal, Sommerbrodt, Schæffer, Bresgen, nous-même, dans des cas analogues, avons constaté les singuliers rapports de cause à effet qui existent entre ces troubles dissemblables d'innervation réflexe.

M. le docteur Masini a déjà publié à Milan, en 1883, un travail digne d'être cité sur la relation qui existe entre l'asthme et certaines affections du nez; nous en avons parlé ne analysant les articles des nos 77 et 79 de la *Gazzetta degli ospedali*, où trois cas vraiment curieux montraient d'une façon évidente la corrélation des deux affections. Ces trois cas sont aujourd'hui augmentés de quinze nouvelles observations qui rendent indubitable l'existence de ce rapport de cause à effet. On y voit la muqueuse nasale excitée anormalement par la présence de polypes, où par une grande inflammation aiguë ou chronique, devenir la cause occasionnelle de lésions d'innervation réflexe dues parfois simplement à la diminution du calibre des fosses nasales. Cette atrésie est susceptible d'amener à elle seule une névrose réflexe dans des organes plus ou moins éloignés du siège du mal. Il est bon de savoir que cette propriété excito-motrice de la muqueuse nasale n'existe qu'exceptionnellement chez des sujets prédisposés et très excitables; M. le docteur Masini en a brillamment fait ressortir toute l'importance. (In *Rivista clinica; Archivio italiano*, n° 1.)

**Le coma diabétique.** (Premier-Naples de la *Riforma medica*, nos 111 et 112.) — Il nous faut bien parfois réclamer pour nos nationaux une petite place dans la bibliographie des auteurs qui se sont occupés de questions aussi importantes que celles dont parle le journal napolitain de ce mois. A en croire le disert rédacteur de ce périodique, toujours si bien informé, ce serait à von Dusch, en 1854, que reviendrait l'honneur d'avoir découvert le syndrome important du coma diabétique que Küssmaul, en 1874, a repris pour son propre compte. *Suum cuique*, n'en déplaise à mon distingué confrère; bien avant von Dusch (en 1853 et non en 1854), comme il est dit dans l'article, Nicolas et Gueudeville, Paris, 1803; Dupuytren et Thénard, Paris, 1806; Bouillaud, Paris, 1831; dans la thèse de Contour, en 1845, dans Bouchardat, etc., etc., etc., et dans bien des

ouvrages cliniques des maîtres de cette époque, il est parlé des accidents de prostration qui peuvent terminer la scène diabétique, sans compter les auteurs anglais qui se sont beaucoup occupés de cette question, voire même aussi des écrivains italiens et espagnols qui en ont fait une étude spéciale, le coma diabétique était donc bien connu avant von Dusch et Küssmaul. Ceci ne retire rien à l'intérêt de l'article que nous analysons.

L'élimination pathologique des acides serait scientifiquement la cause du coma. Stadelmann a trouvé la relation entre les deux phénomènes et l'a parfaitement démontrée... Bien des malades rendent une quantité d'acide considérable avec leurs urines, et l'ammoniaque dont celles-ci sont chargées n'agit qu'en neutralisant cette acidité et en la compensant; mais il arrive un moment où cette compensation n'est plus possible, c'est alors qu'apparaissent les phénomènes comateux, que le rédacteur italien a si méthodiquement analysés et commentés, et que M. le professeur Semmola avait, lui aussi, déjà signalés à l'attention médicale dans ses derniers travaux. (*Riforma medica;* mai 1889.)

**La suspension dans la cure de la méningite spinale chronique**, par M. le professeur DE RENZI. (*Arch. ital. per le malattie nerv.*, fasc. II, 1889.) — L'auteur cite un fait des plus curieux de sa pratique où une méningo-myélite spinale chronique fut totalement guérie par la suspension du corps au moyen de l'appareil de Sayre, en cinq séances, durant chacune deux ou trois minutes à deux jours d'intervalle. Indépendamment de la suspension, et en même temps que celle-ci, le professeur faisait exécuter au patient d'actifs mouvements dans les membres inférieurs. C'est un fait nouveau à ajouter à la série nombreuse de ceux qui ont déjà été publiés; et tout porte à croire que l'Italie adoptera partout, dans sa pratique hospitalière, cette méthode française qui a déjà donné tant d'admirables résultats.

**Dépôt de mendicité de Reggio Émilia.** (*Gaz. degli ospitali*, 22 mai 1889.) — Un drame sanglant s'est passé le 7 de ce mois dans le dépôt de mendicité de Reggio Emilia.

Un certain Bolognesi Paolo, classé dans la catégorie des fous tranquilles, a frappé sans aucun motif d'un coup de couteau notre confrère le docteur Bertani Battista, médecin de l'établissement, qui se trouve encore aujourd'hui en danger de mort. En outre, l'infirmier en chef Gazzotti Pellegrino a été blessé mortellement par ce forcené, qui se réfugia ensuite dans une chambre où un carabinier s'introduisit courageusement par une échelle et parvint à le désarmer.

Dr MILLOT-CARPENTIER (de Montécouvez).

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 juin. — Présidence de M. LE DENTU.

M. TERRIER fait un rapport sur une observation de M. Pluyette relative à un cas d'anévrysme artérioso-veineux spontané du pli du coude. Le malade était un jeune homme de 28 ans, dont les parents avaient présenté des accidents tuberculeux et qui avait eu un chancre mou à l'âge de 20 ans; il était atteint d'une insuffisance aortique avec albuminurie et rendait 1 gramme d'albumine par jour. La région du coude gauche, gonflée et douloureuse, présentait une tumeur offrant tous les caractères de l'anévrysme artériel et cette tumeur avait rapidement augmenté de volume. La rupture semblant menaçante, M. Pluyette essaya de la compression de l'humérale d'abord avec le compresseur, puis avec le doigt; la première donna lieu à une eschare et la seconde échoua.

L'opération devenant urgente, on fit la ligature au-dessus et au-dessous du sac, puis l'incision; le malade ne fut pas endormi à cause de la lésion cardiaque. M. Pluyette retira à peu près 230 grammes de caillots et dut se borner à placer ensuite une pince à pression sur le bout inférieur. La réunion primitive fut presque complète, sauf au niveau

du fil à ligature où un point suppura. Le malade succomba bientôt aux progrès de la maladie cardio-rénale.

Les anévrysmes spontanés du pli du coude sont rares et se développent presque toujours chez des cardiaques. On a attribué leur production aux lésions du système artériel; peut-être pourraient-ils dépendre aussi d'une embolie provenant de l'endocardite. MM. Tillaux et Bucquoy ont publié un fait qui appuie cette opinion.

M. Terrier félicite M. Pluyette d'avoir opéré; il aurait pu cependant employer l'anesthésie, car cette dernière est parfaitement applicable chez les cardiaques quand il s'agit d'une opération grave. L'observation est encore intéressante en ce sens que, bien que la vitalité des tissus fût très amoindrie, on a pu obtenir une réunion primitive presque complète grâce à la méthode antiseptique.

M. Quénu partage l'avis de M. Terrier. Il pense que les cardiaques peuvent parfaitement supporter l'anesthésie. La circulation chez eux peut se rétablir à la suite de la ligature de la grosse artère d'un membre faite pour anévrysme, et M. Quénu cite à l'appui un cas personnel où il s'agissait d'anévrysme de la fémorale avec insuffisance aortique.

M. Terrier tient à ce que l'on soit bien convaincu que le chloroforme peut être donné aux cardiaques sans inconvénients. On ne saurait trop insister sur ce point.

M. Trélat a expérimenté lui-même le traitement des fibromes utérins par l'électricité; il a reconnu que les hautes intensités n'étaient pas dangereuses et qu'elles donnaient de bons résultats au point de vue des symptômes. Il ne faut pas oublier, ainsi que l'a dit M. Bouilly, qu'il arrive souvent aux fibromes de varier très rapidement. Il arrive que, quoique volumineux, on ne les découvre que par hasard, d'autres fois le traitement médical améliore beaucoup. Si on peut, dans certains cas, penser à des coïncidences, ces dernières se répétant fort souvent devraient conduire à une autre opinion.

M. Trélat rapporte sept observations :

1er *Cas* : femme de 48 ans, nullipare, anémiée, fibrome reconnu à l'âge de 43 ans, ménorrhagies, utérus dont la cavité mesure 9 centim., tumeur dépassant le pubis de plus de 10 cent.; 18 séances d'électricité de 5 à 8 minutes, 60 à 170 milliampères, diminution de moitié du fibrome, règles redevenues normales, travail possible. — 2e *Cas* : femme de 26 ans, multipare, pelvi-péritonite après le dernier accouchement, fibrome sus-ombilical volumineux, douleurs, etc.; 16 séances de 50 à 150 milliampères, diminution et mobilisation de la tumeur. — 3e *Cas* : femme de 37 ans, nullipare, ménorrhagies, fibrome remontant à 2 cent. au-dessous de l'ombilic; 10 séances de 80 à 150 miliampères, diminution de 3 cent. dans la tumeur. — 4e *Cas* : femme de 28 ans, fibrome énorme, pelvi-péritonite; 11 séances de 30 à 100 miliampères, grande amélioration, diminution de moitié de la tumeur, règles normales. — 5e *Cas* : femme de 26 ans, fibrome gros comme le poing, dysménorrhée, etc., traitement incomplet, très améliorée. — 6e *Cas* : femme de 37 ans, nullipare, fibrome dépassant le pubis de 8 cent.; 10 séances de 90 à 150 milliampères, difficulté d'introduction de l'électrode intra-utérine, fièvre, dilatation difficile, cessation des accidents après antisepsie utérine, amélioration réelle. — 7e *Cas* : femme de 39 ans, métrorrhagies abondantes, fibrome volumineux; 6 séances de 85 à 150 milliampères, très rapidement amélioration.

M. Trélat n'a jamais eu d'accidents graves; trois fois les symptômes ont été très diminués, trois fois la tumeur elle-même s'est beaucoup réduite. Il pense que l'on devra recourir au traitement électrique quand il n'y aura pas de contre-indications. Il continuera à l'expérimenter.

M. Berger a essayé le traitement électrique depuis six mois, il rapporte 5 observations dont 1 concerne un polype sous-muqueux et les autres des fibromes interstitiels ou sous-péritonéaux.

1er *Cas* : femme de 48 ans, multipare, ménorrhagie depuis plusieurs années, tumeurs multiples dont l'une remonte à 2 centim. au-dessus de l'ombilic, une autre occupe le cul-de-sac de Douglas; 19 séances de 70 à 150 milliampères, amélioration rapide, la

tumeur abdominale a notablement diminué, la tumeur du cul-de-sac de Douglas a disparu, bon état général, disparition des hémorrhagies. — 2e *Cas* : femme de 25 ans, fibrome énorme, ménorrhagies, péritonite en 1887, amaigrissement, la tumeur remplit tout le bassin, douleurs vives, insuccès manifeste au point de vue symptomatique, mais le fibrome a diminué de volume. — 3e *Cas* : femme de 46 ans, multipare, ménorrhagies, fibrome remontant très haut ; 16 séances positives sans douleur de 70 à 200 milliampères, grande amélioration. — 4e *Cas* : femme de 28 ans, fibrome interstitiel, ménorrhagies ; 6 séances de 70 à 150 milliampères, amélioration, fibrome diminué. — 5e *Cas* ; femme de 48 ans, fibrome interstitiel et sous-muqueux ; 18 séances de galvano-caustique, le volume du fibrome a diminué, cessation des hémorrhagies.

Pour M. Berger, la galvano-caustique négative n'est pas supérieure à la positive ; il a employé de 50 à 150 et 200 milliampères et a fait des séances tous les trois, quatre, cinq, huit jours. Il considère, au moins dans les cas où il a eu à intervenir, le traitement électrique comme supérieur aux autres et le regarde comme devant toujours être tenté.

M. Tillaux rapporte à son tour des observations favorables à l'emploi du traitement électrique qu'il juge très utile.

— M. Quénu montre un couteau galvanique rougissant avec des courants très faibles ; il est fait avec un alliage de platine et d'iridium.

— M. Forgues (de Montpellier) fait une communication sur le mode opératoire de l'ablation du sein.

## FORMULAIRE

Lotion contre le pityriasis. — H. Guéneau de Mussy.

| | | |
|---|---|---|
| Chlorhydrate d'ammoniaque.................... | 0 gr. 60 | centigr. |
| Glycérine pure .................................... | 30 | grammes. |
| Hydrolat de roses.................................. | 125 | — |

Faites dissoudre. — Cette solution s'emploie en lotions contre le pityriasis du cuir chevelu. — N. G.

## COURRIER

Un concours est ouvert à la Faculté de médecine de Montpellier pour les deux meilleurs travaux « Sur la vie et les œuvres de M. Bouisson ». Les manuscrits doivent être adressés avant le 1er avril 1890. Les prix sont de 6,000 et 4,000 francs.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat

**Sommaire**



## Hôpital Saint-Louis — M. le professeur Fournier.

### De l'hérédo-syphilis.

*(4e Leçon.)*

Messieurs,

Dans ma dernière leçon, je vous ai montré l'heureuse influence du temps sur la syphilis au point de vue de l'hérédité; aujourd'hui je veux vous parler de celle du traitement, influence capitale, au moins égale à celle du temps. Il est surprenant de voir à quel point le traitement peut corriger, modifier, supprimer l'influence hérédo-syphilitique; et ce n'est pas par centaines, mais par milliers que l'on peut rassembler des observations calquées sur ce schéma : un mari syphilitique donne lieu à une série de grossesses se terminant par avortement ou naissance d'enfants syphilitiques; il se traite, et, à partir de ce moment, ses enfants naissent sains. Que l'hérédité syphilitique provienne du père, de la mère ou des deux parents, le traitement a la même efficacité.

Pour ce qui est de l'hérédité paternelle, je vous en ai déjà cité des exemples; en voici un de plus : une femme saine avorte cinq fois de suite après son mariage; désolée, elle consulte un médecin qui ne trouve à cela

## FEUILLETON

### La classe XIV *(instruments de chirurgie, orthopédie, prothèse, etc.)* à l'Exposition universelle.

Diviser 246,15 par 139, cela paraît très simple au premier abord; en moins de temps qu'il ne m'en faut pour écrire ces deux lignes, l'opération arithmétique dont il s'agit est faite et je trouve au quotient 1,77. Mais la chose est beaucoup moins simple quand le dividende, 246,15, représente des mètres carrés, soit 169 mètres 30 de vitrine et 76 mètres 85 de plate-forme, et que le diviseur 139 est le nombre d'exposants entre lesquels il faut distribuer ces 246 mètres 15. — Supposez maintenant que ce nombre de 139 exposants soit le reste d'un nombre triple de candidats dont les uns se sont désistés parce qu'ils étaient mal placés, et les autres ont retiré leur demande parce qu'ils n'ont pas voulu payer la somme qu'ils devaient pour la location de leur *quantum* de mètres carrés; — supposez, de plus, que la répartition soit faite non pas en parties égales, mais en parties très inégales, certains exposants ayant une, ou deux, ou trois belles vitrines occupant tout un panneau, d'autres n'ayant qu'une vitrine très étroite ou même qu'un rayon de vitrine — et vous vous ferez peut-être une idée approximative des difficultés qu'ont eues à vaincre les membres du comité d'organisation de la classe XIV, en

pas d'autre cause qu'une syphilis ancienne du mari. Celui-ci se traite, et un an plus tard il naît un enfant sain. Il en est de même pour l'hérédité maternelle. Une femme syphilitique, mariée à un époux sain, a deux enfants syphilitiques qui meurent presque de suite; elle se traite, et ensuite accouche d'un enfant sain.

L'influence heureuse du traitement est aussi très communément constatée pour ce qui est de l'hérédité mixte, et on peut affirmer que, quelle que soit la provenance de l'hérédité syphilitique, le traitement spécifique en corrige les effets. Rappelez-vous ces faits si frappants d'hérédité syphilitique en série; que le traitement intervienne, et il interrompra cette série. Une femme syphilitique avait avorté huit fois de suite; le docteur Notta la soumit au traitement; elle accoucha à terme d'un enfant sain qui put être suivi pendant cinq ans. Ce qui prouve encore bien mieux l'efficacité du traitement, c'est que son influence, même provisoire, peut, d'une manière provisoire, suspendre l'hérédité de la maladie. Thurmann a observé le fait suivant : une femme syphilitique avait eu 7 grossesses toutes terminées par la mort de l'enfant; pendant une huitième et une neuvième, elle se soumit au traitement et accoucha d'enfants sains; se croyant complètement guérie, elle suspendit la médication, devint enceinte une dixième fois et accoucha d'un enfant syphilitique qui mourut. Elle reprit le traitement et eut un onzième enfant qui fut indemne. Que peut-on demander de plus démonstratif?

La statistique vous en donnera une preuve encore plus convaincante. J'ai relevé dans mes observations celles qui étaient pourvues de détails suffisants, et en les classant en quatre groupes j'ai obtenu les résultats suivants :

| | Mortalité par hérédité paternelle. | Mortalité par hérédité mixte. |
|---|---|---|
| Traitement nul.................... | 59 p. 100 | 86 p. 100 |
| — court................... | 36 — | 85 — |
| — moyen (au moins un an). | 21 — | 36 — |
| — prolongé............... | 3 — | » — |

particulier ceux qui ont été plus spécialement chargés de cette organisation, MM. Collin, P. Berger et de Pezzer, secrétaire du Comité.

Si seulement vous voyiez le volume de papier que représente la correspondance reçue par le secrétaire du comité, M. de Pezzer, vous verriez ce qu'il a fallu de peine et de temps pour y répondre avant que tout le monde fût satisfait, et encore tout le monde ne l'est-il pas. Il y a des lettres d'exposants satisfaits qui portent le secrétaire aux nues, le plaçant dans leur estime plus haut que la tour Eiffel et son inventeur, d'autres non contents qui le rabaissent jusqu'au-dessous des fondations de ladite tour. Quant à moi, qui ai vu en détail le résultat de toute cette peine, c'est-à-dire l'organisation de la classe XIV, je ne puis marchander mes éloges aux organisateurs, et je les leur offre bien sincèrement.

Maintenant je vais m'efforcer de dire ce que j'ai vu.

J'ai vu tant de choses, et de bonnes choses, que je suis très embarrassé pour faire un exposé qui dise tout en évitant les redites; car il faut bien s'avouer que la plupart des expositions se ressemblent; tous les fabricants d'instruments, guidés par les idées antiseptiques des chirurgiens, ont fait des instruments faciles à nettoyer et à rendre aseptiques; on a fait les manches en métal pour qu'on pût les mettre dans une étuve, les soumettre à une température élevée sans les altérer; on les a nickelés, argentés, dorés, bronzés, pour qu'on pût les tremper impunément dans toutes les solutions possibles qui servent à l'antisepsie; on a fait les manches lisses, on a évité les cannelures, les hachures qui servaient soi-disant à empêcher les doigts ou la main de glisser, mais qui

Peu importent les chiffres; bornons-nous à relever les résultats extrêmes : de 59 p. 100 la mortalité peut être abaissée à 3 par le traitement. Il est impossible de ne pas être frappé de la différence des résultats obtenus chez les gens qui se sont bien traités, et chez ceux qui ont négligé complètement de le faire. Tout médecin a été à même de l'observer.

Les hommes qui ne se traitent pas du tout sont rares. En 28 ans, j'en ai vu 14 qui ont eu 45 paternités; elles ont donné une mortalité de 82 p. 100. Dans les deux dernières années, nous avons relevé ici 13 cas de syphilis ignorée, et ces 13 femmes avaient eu 59 grossesses. Il en était résulté 49 morts et 10 survivances, soit 83 p. 100 de mortalité.

C'est quand le traitement n'est pas intervenu pour corriger l'influence hérédo-syphilitique que l'on voit une femme avoir 10 grossesses, perdre 9 enfants pour n'en conserver qu'un et encore criblé de gommes. M. Le Pileur a vu également une série de 10 morts d'enfants sur 11 grossesses. Ainsi les résultats sont absolument néfastes et la mortalité considérable, si le traitement n'intervient pas ou pas assez; l'influence de la syphilis décroît au contraire par un traitement suffisant.

Les deux facteurs temps et traitement agissent chacun sur la syphilis pour la neutraliser; n'est-il pas à croire que leur combinaison doit agir très activement dans le même sens? Oui, et il est notoire que leur association est la meilleure sauvegarde contre l'hérédité syphilitique. Le minimum de risques se rencontre chez les gens dont la syphilis est ancienne et a été bien traitée. Un syphilitique qui se marie longtemps après avoir eu la vérole, et après l'avoir longtemps traitée, n'est jamais un père dangereux. La double dépuration par le temps et le traitement amène à une véritable certitude.

L'action du temps seul est insuffisante, puisque la syphilis peut être héréditaire après 10 ans, 12 ans, peut-être 18 ans et plus encore. Elle demande, en outre, une attente, une patience trop grandes. Le traitement seul n'est pas assez sûr; il est imprudent de se marier après six mois de traitement même actif; il peut n'avoir eu qu'une action provisoire. Il est néces-

---

retenaient les microbes dans leurs intervalles; maintenant ces réceptacles à microbes n'existent plus que dans les mors des pinces et dans les anneaux des scies à chaîne, mais, comme on les voit, on agit en conséquence; on a varié à l'infini les formes des pinces, des daviers, dans leur articulation, leurs mors, leurs branches, etc.

Ce qui m'intéressait surtout, c'était de voir ce qu'avait exposé la maison Charrière, si dignement continuée par M. Collin. Personne n'ignore que toutes les fabriques d'instruments de chirurgie actuelles sont sorties plus ou moins directement de la maison Charrière; quelques-unes d'entre elles ont fait de si grands progrès que depuis plusieurs années elles se posent en rivales de la maison mère. Allaient-elles cette année l'emporter sur elle? Eh bien, je dois dire, et ce n'est pas seulement mon opinion personnelle, mais encore celle de bien des chirurgiens qui sont plus compétents que moi, que M. Collin n'a laissé diminuer en rien la réputation de sa maison et que c'est elle qui tient encore la tête parmi tous les exposants d'instruments de chirurgie.

Il est donc très heureux, à plusieurs points de vue, qu'on ait nommé M. Collin membre du jury des récompenses. D'abord, nul n'en était plus digne que lui; ensuite cette nomination, *ipso facto*, le met hors concours; de la sorte, il ne pourra enlever le prix à ses plus jeunes concurrents; ceux-ci ne peuvent donc que s'en féliciter, enfin, sa grande compétence, son impartialité et, disons le mot, dût sa modestie en souffrir, son honnêteté absolue, sont de sûres garanties pour les concurrents que les récompenses accordées le seront aux plus dignes. C'est donc tout bénéfice pour ceux-ci.

saire d'avoir recours à un traitement chronique, échelonné sur plusieurs années.

Je suis certain aujourd'hui; mon siège est fait. Depuis longtemps j'étudie le programme de l'admission des syphilitiques au mariage, et ceux qui se sont mariés avec mon consentement n'ont jamais eu à s'en repentir. J'y mets deux conditions : 1° dépuration par le temps; 2° dépuration par un traitement de trois ou quatre années. Je suis sûr qu'à ces conditions un syphilitique rentre dans la règle commune et devient un époux et un père inoffensif. Avec du mercure et du temps, je le répète, tout médecin peut faire d'un syphilitique un mari et un père non dangereux.

Cette certitude est d'une haute importance non seulement au point de vue médical, mais encore au point de vue moral. Cet axiome consolateur soutient et réconforte le malade. Il est des éhontés, des cyniques, des gens dépourvus de sens moral que leur syphilis n'empêche nullement de se marier. Mais il est encore bien plus de gens honnêtes, au cœur droit, que leur maladie navre, désole, terrifie, non pour eux-mêmes, mais parce qu'ils se croient irrévocablement condamnés au célibat, parce qu'ils croient devoir renoncer à l'espoir d'avoir une famille.

Bien des syphilitiques, au bout de quelque temps, vous demanderont : « Je ne peux plus me marier; j'aurais des enfants malades, *pourris* ». Quel service vous leur rendrez en leur apportant l'espérance, en leur disant que tout n'est pas perdu pour eux, que l'avenir leur reste, et qu'au prix d'un certain stage, ils rentreront dans le droit commun! Vous pouvez et vous devez l'affirmer à vos malades.

Autre question. Existe-t-il un rapport entre la gravité d'une syphilis et sa gravité héréditaire? Je répondrai : Quelquefois oui; en général, non. Il est des syphilis graves qui sont graves au point de vue de l'hérédité. J'ai vu un homme qui avait eu une syphilis très grave avec toutes sortes de manifestations : glossite, sarcocèle, gommes, etc.; s'étant marié, il eut, huit ans après sa syphilis, un enfant extraordinairement rachitique et, au bout de dix ans, un autre enfant mort de syphilis à l'âge de 2 ans.

---

Parmi les instruments exposés par M. Collin, il en est plusieurs sur lesquels je veux attirer l'attention.

Je dois tout d'abord mentionner ses couteaux et bistouris de toutes longueurs; ce sont des œuvres d'art, des couteaux comme on n'en fait plus que chez lui, des morceaux d'acier travaillés et façonnés de main de maître, par des ouvriers qui forgent, liment, polissent sous ses yeux. Dans sa boîte à amputation, les manches de tous les couteaux, quelle que soit la longueur de la lame, ont la même longueur, ce qui permet de les tenir bien en main. On reconnaît là une des idées de M. Farabeuf. A côté des couteaux est une petite machine très ingénieuse pour les aiguiser. Comme je ne la décrirais peut-être pas très bien, j'aime mieux engager le lecteur à aller la voir; il comprendra beaucoup mieux après l'avoir vue fonctionner une minute qu'après une description minutieuse.

Il en est de même de la nouvelle articulation des pinces de toutes grandeurs, une sorte d'emboîtement d'une des branches dans l'autre, qui donne une solidité considérable à cette articulation et empêche les deux branches de se quitter. Il faut voir cela.

Depuis quelques années, on se sert beaucoup de brise-pierres à bascule, ainsi nommés parce que, la pierre une fois saisie, il suffit d'imprimer un mouvement de bascule à une petite pièce comprise dans le manche de l'instrument pour fixer la branche mâle; on n'est plus obligé de quitter ce manche pour fermer l'écrou, comme autrefois, ce qui faisait souvent lâcher la pierre; celle-ci est saisie aussitôt qu'entrée dans les branches et ne bouge plus de là avant d'être broyée. On a depuis modifié plus ou moins cette sorte

Mais telle n'est pas la règle. Tout d'abord une syphilis grave par ses manifestations peut ne pas avoir de gravité héréditaire. Un malade du docteur Notta contracta la syphilis en 1856; dès la première année, il eut des accidents cérébraux; il se maria de suite et eut un enfant sain. J'ai vu un jeune homme qui prit, en 1871, une syphilis très grave; dès 1872, il eut de l'ecthyma, du rupia, des accidents cérébraux intenses, etc.; en 1873, il avait encore des syphilides; malgré l'avis de Lorain et le mien, il se maria; sa femme devint enceinte de suite et accoucha d'un enfant sain, qui l'était encore il y a un an; le père était pourtant si peu guéri qu'il eut des accidents deux ans encore après la naissance de l'enfant.

D'autre part, la bénignité de la syphilis n'est en rien une garantie de la bénignité de ses conséquences héréditaires. J'ai relevé au hasard de mes observations dix faits qui en sont la preuve. Voici un autre exemple que je dois au docteur Robin : un homme ayant contracté la syphilis se soigna pendant trois ans; jamais il n'eut l'ombre d'un accident autre que le chancre; au bout de ces trois ans, il se maria, donna la syphilis à sa femme et eut un premier enfant mort-né; bien qu'il se mît alors au traitement, son second enfant eut encore la syphilis d'une manière grave. Je pourrais encore vous citer d'autres cas de syphilis légère très pernicieuse au point de vue héréditaire, dans lesquels, par exemple, six grossesses successives se sont toutes terminées par la mort de l'enfant.

Les cas de cet ordre sont ceux que l'on observe le plus souvent en ville. Presque toujours ce sont des syphilis très pauvres en manifestations et donnant lieu à des séries d'enfants morts avant ou peu après leur naissance. Pour mieux asseoir cette idée dans votre esprit, je vous rapporterai encore le fait suivant: J'ai été consulté pour une jeune femme qui présentait des syphilides tuberculeuses typiques. Son mari avait eu, dix ans auparavant, une syphilis légère n'ayant donné lieu qu'à un chancre, une roséole et un léger éclaircissement de la chevelure; après s'être un peu traité, il s'était marié sans consulter. La femme présenta quelques accidents; elle fut traitée très brièvement, car elle ne savait pas de quelle ma-

---

de fermeture, qui appartient à M. Collin. De plus, on peut faire la percussion sur la branche mâle.

On voit à côté un petit crochet très simple pour retirer les épingles de la vessie; un chirurgien italien, Gritti, en a revendiqué à tort la propriété, qui appartient aussi à M. Collin.

Un autre petit instrument également très simple sert à la recherche des corps étrangers; dès que ceux-ci sont entre les branches de l'instrument, ils mettent en action un mouvement d'horlogerie situé dans le manche. Un autre sert à la recherche des balles dans les plaies; un autre à l'extraction des corps crayonniformes dans la vessie.

Il faut remarquer deux injecteurs, qui donnent une quantité uniforme à chaque coup de piston; l'un est une seringue à vaccination employée surtout pour le charbon par M. Pasteur ; le piston avance avec un cliquet qui agit sur la tige et donne la même quantité de vaccin à chaque animal.

Rappelons la seringue à injections anatomiques de M. Farabeuf, construite de telle façon qu'on peut y introduire du suif bouillant et faire des injections à volonté sans que la chaleur se communique à l'enveloppe extérieure, et par conséquent brûle les doigts. Cette enveloppe extérieure est à claires-voies et cylindrique; une autre enveloppe, celle de la seringue proprement dite, représente un prisme à six faces, dont les angles seulement touchent le cylindre extérieur; la chaleur ne peut donc s'y communiquer que si peu qu'on ne la sent pas. Certains constructeurs ont trouvé bizarre cette seringue prismatique et l'ont faite cylindrique; mais alors elle touche dans toute son étendue

ladie elle était atteinte, et elle était guérie en apparence. Rien d'autre. Et cependant, de quatre grossesses, les deux premières se terminèrent par fausse couche ; le troisième enfant vécut deux jours, et le quatrième ne tarda pas à mourir.

L'hérédité syphilitique, pour se produire, a-t-elle besoin que la vérole soit en action, en manifestation, ou suffit-il qu'elle soit en puissance? L'expérience a montré qu'il suffit qu'elle soit en puissance. Je vous ai déjà raconté l'histoire d'un ami qui avait eu la syphilis quelques années avant son mariage; depuis quatre ans, il n'avait eu aucun accident et cependant sa femme venait de faire quatre fausses couches successives; sur mon conseil, il se mit au traitement et eut quatre enfants vivants. Je vous rappelle encore l'exemple que je dois à M. Robin, et que je viens de vous rapporter.

L'hérédité syphilitique s'exerce-t-elle davantage quand il existe des manifestations au moment de la fécondation? C'est une question très difficile à trancher, car il est le plus souvent presque impossible de savoir s'il existait des manifestations au moment de la fécondation. Je ne suis pas fixé sur ce point, qui n'est du reste qu'une affaire de curiosité. Je ne pense pas que la présence ou l'absence d'une simple plaque muqueuse puisse influer beaucoup sur l'intensité d'action de la syphilis. Il vaudrait mieux, je crois, calculer par étapes, et chercher si la syphilis est plus grave au point de vue héréditaire au voisinage d'une poussée de manifestations, ou dans le cours d'une longue absence de signes. Les longs stades d'accalmie ont leur place au bout de quelques années, et c'est aussi le moment d'une hérédité moindre. L'hérédité exerce surtout ses ravages au moment des grandes crises de la période secondaire, alors que les accidents qui se succèdent, les troubles nerveux, la fièvre syphilitique, témoignent d'une fermentation active, d'une sorte de bouillonnement, d'effervescence du principe virulent. Un enfant procréé dans ces conditions est condamné. Au contraire, un enfant procréé dans les grands stades d'accalmie sera généralement sain, indemne. Il semble donc que les dangers d'hérédité syphili-

---

le cylindre externe, qui s'échauffe et brûle les mains. Ils n'ont pas évidemment compris l'idée de M. Farabeuf.

Non loin de la boîte à amputations est une superbe boîte à ophthalmologie; les manches des instruments paraissent nacrés; ils sont simplement en aluminium, ce qui leur donne une légèreté analogue à celle du bois.

La boîte à trachéotomie renferme une plaque métallique sur laquelle reposent les canules, qu'on peut ainsi mettre à l'étuve ou dans l'eau bouillante et stériliser instantanément. On trouve une plaque analogue dans la trousse courante; on peut y attacher tous les instruments dont on a besoin pour une petite opération et les stériliser de même.

Nous remarquons encore que les anciennes pinces à griffes, à os, sont débarrassées des dents qui s'encombraient de microbes et sont munies d'une articulation qui permet de tenir les branches parallèles dans leur écartement; — que le spéculum de Cusco est modifié dans son articulation, qui est en avant de la vulve, de façon que celle-ci est dilatée quand on ouvre le spéculum et donne plus de jour dans le vagin pour les opérations sur l'utérus; — de même pour les spéculums rectaux; — un ouvre-bouche, avec ou sans abaisse-langue, qui une fois ouvert tient seul, le manche se trouvant sur la joue et permettant d'opérer à l'aise dans la bouche; — un trépan de Farabeuf, pour cheminer le long du crâne vers le point qu'on suppose malade quand on n'est pas tombé dessus du premier coup; — un pulvérisateur à trois doubles tubes, pour les yeux, de Laurenço (de Bahia), pour pulvériser à la fois trois malades atteints de kératites doubles; — un pulvéri-

tique ne soient pas les mêmes suivant que l'enfant a été procréé au cours de crises d'activité de la maladie ou dans un moment d'état latent prolongé. — P. C.

## BIBLIOTHÈQUE

Leçons sur l'anatomie pathologique des métrites, des salpingites et des cancers de l'utérus faites a l'Hôtel-Dieu, par M. V. Cornil. — Paris, F. Alcan; 1889.

Après un chapitre préliminaire consacré à l'étude de l'anatomie normale, M. Cornil étudie les métrites, qu'il divise de la manière suivante :

*a)* Métrite interne ou endométrite du corps aiguë ou subaiguë.

*b)* Métrite parenchymateuse du col aiguë ou subaiguë.

A propos de l'endométrite subaiguë ou chronique, le professeur rectifie un certain nombre d'erreurs : c'est ainsi que, pour lui, jamais l'épithélium ne devient pavimenteux comme quelques auteurs l'avaient admis.

Les examens anatomiques ont été faits sur des utérus enlevés sur le vivant dans un but thérapeutique, c'est-à-dire que l'on peut absolument se fier aux résultats qu'ils ont fournis.

Nous ne pouvons suivre le maître dans les détails de la description anatomique et préférons insister sur les caractères distinctifs qu'il a établis entre l'épithéliome à cellules cylindriques né sur la muqueuse du corps et la métrite interne.

On s'appuiera sur les caractères différentiels suivants : en premier lieu, l'épithéliome n'est pas étalé en surface régulière comme la muqueuse hypertrophiée par l'inflammation; on a affaire, dans l'épithéliome, à de gros bourgeons saillants ou à des plis radiés faisant une saillie notable, et séparés par des dépressions profondes. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la muqueuse et bien orientées, examinées à un faible grossissement, on ne voit pas de tubes glandulaires normaux venant s'ouvrir à la surface de la muqueuse et se continuant profondément avec les culs-de-sac. A un fort grossissement, dans la métrite chronique, la couche de cellules plates situées entre la paroi glandulaire et le tissu conjonctif interglandulaire est toujours plus ou moins bien conservée. Dans l'épithéliome, il n'y a pas de cellules plates en dehors de la paroi des

---

sateur à vapeur tournant autour d'un axe dès que la vapeur a atteint une certaine pression, ce qui permet d'envoyer ainsi le spray successivement dans tous les points d'une pièce. Il y a partout des pulvérisateurs, mais pour cet appareil, comme pour bien d'autres, le premier, à Paris, est sorti de la maison Collin, qui n'a pas pris de brevet.

La boite à résection de M. Ollier, construite par M. Collin, contient les derniers perfectionnements des daviers, des pinces, des gouges, scies à main, etc. M. Farabeuf, qui décidément est un grand inventeur, a donné plus d'une bonne idée pour la fabrication de ces instruments : daviers, gouges. marteaux de bois, etc. C'est grâce à lui que les gouges à main ne sont plus tranchantes jusqu'au manche, mais sont mousses près de celui-ci, ce qui permet de s'en servir sans se couper les doigts; — que la pince à os peut aussi bien saisir la tête de l'humérus qu'une diaphyse quelconque, grâce à une disposition des dents que n'ont pas comprise les imitateurs de cet instrument, qui en ont mis beaucoup trop, empêchant ainsi celles de l'extrémité de se rejoindre et de toucher l'os saisi par les dents intérieures; — que..., mais je n'en finirais pas, car M. Farabeuf n'a pas moins d'une vingtaine d'instruments à son actif; aussi me contenté-je de le féliciter, ainsi que les autres inventeurs, d'avoir trouvé un constructeur qui a si bien rendu ses pensées.

*(A suivre.)* L.-H. Petit.

alvéoles et le tissu conjonctif à nombreuses cellules embryonnaires donne directement insertion aux cellules épithélioïdes. Il n'y a plus de cils vibratiles dans l'épithéliome; quelques cellules en ont encore dans la métrite, dans laquelle la transformation muqueuse se fait seulement au sommet de la cellule, tandis que, dans la tumeur maligne, il y a des cellules caliciformes à cavité remplie entièrement par le mucus. Enfin, dans l'épithéliome à cellules cylindriques et primitif du corps, néoplasie rare, du reste; on observe souvent de nombreuses couches de cellules situées les unes au-dessus des autres, végétantes, formant une paroi épaisse à l'intérieur des cavités anormales irrégulières et plus ou moins considérables. Quand les alvéoles de l'épithéliome sont assez grands, ils offrent à leur surface de petites papilles parfois en grand nombre, tapissées de cellules cylindriques.

Les leçons suivantes sont consacrées à la métrite du col, aux polypes, à la métrite parenchymateuse, à la métrite tuberculeuse, qui est traitée avec tout le développement que comportait ce sujet neuf, aux salpingites.

L'étude des cancers de l'utérus termine l'ouvrage. Pour M. Cornil, les épithéliomes du corps sont, dans l'immense majorité des cas, des épithéliomes tubulés et lobulés avec des tubes la plupart du temps très larges et anastomosés; la métrite chronique simple coexiste presque toujours, de telle sorte qu'il faut toujours multiplier les recherches et ne jamais se contenter de l'examen de petits fragments. — P. C.

---

## REVUE DES JOURNAUX

**L'éphédrine et la pseudo-éphédrine.** — *Nouveaux mydriatiques* par M. A. de Vriese (*Annales d'oculistique*, mars, avril 1889). — L'éphédrine est un alcaloïde contenu dans l'*ephedra vulgaris varietas helvetica* et qui existe dans le commerce sous le nom d'*hydrochlorate d'éphédrine.* La base, pure, cristallise en aiguilles incolores, solubles dans l'eau, moins solubles dans l'alcool, insolubles dans l'éther, son point de fusion est 210° c. D'espèces différentes appartenant au même genre, on a isolé un autre alcaloïde désigné provisoirement sous le nom de *pseudo-éphédrine.* L'hydrochlorate se dissout très facilement dans l'eau et dans l'alcool. Dans un mélange d'alcool et d'éther, il cristallise en aiguilles ou en lamelles incolores qui fondent à 174-176° c. M. Kinnosuke Miura, de Tokio, écrit ce qui suit à propos de l'éphédrine dans le « *Berliner klinischen Wochenschrift*, 1887 n° 38 ». Le professeur Nagai nous a présenté un alcaloïde de l'*ephedra vulgaris*; les expériences faites avec l'hydrochlorate ont montré que l'*ephédrinum muriaticum* est un sel facilement soluble et que sa solution est indécomposable à la lumière ».

M. de Vriese a fait les premières recherches au sujet de ce nouveau médicament à la prière du docteur Osawa et sous sa direction. En voici les résultats :

1° L'*ephedra vulgaris* à doses mortelles (8-10 m. pour une *rana esculenta* de taille moyenne) produit un ralentissement progressif des mouvements respiratoires et finalement la mort. La fréquence des battements du cœur diminue considérablement jusqu'à ce qu'il s'arrête en diastole. Ces phénomènes se produisent tant par introduction directe dans l'endocarde que par injection dans les lymphatiques. La pupille se dilate.

2° Chez les mammifères (chien, lapin, musaraigne) la fréquence des mouvements respiratoires et du pouls augmente pour s'arrêter ensuite sans ralentissement bien remarquable. En même temps surviennent des contractions cloniques du rectum. La température est abaissée; cependant elle s'élève au dessus de la moyenne pendant les spasmes cloniques, pour retomber ensuite. Les pupilles se dilatent tout autant par injection sous-cutanée de la substance que par instillation dans le cul-de-sac conjonctival.

La mort arrive par paralysie du cœur et de la respiration.

3° La dose mortelle est, præter propter, de 0,3-0 gr. 46, par kilogramme du poids du corps chez le lapin et de 0, gr. 22 chez le chien.

M. De Vriese a fait ensuite d'autres expériences à la clinique chirurgicale et ophtalmologique de MM. Scriba et Kouo (1887). Voici les résultats que ces derniers ont obtenus : (Les expériences faites avec une solution à 6-7 p. 100 ont produit des résultats inégaux

en ce qui concerne la dilatation pupillaire. Celles faites avec une solution à 10 p. 100 ont donné des résultats semblables chez un grand nombre d'individus dont quelques-uns étaient atteints d'affections oculaires).

Chez 18 sujets, après instillation de 1 à 2 gouttes de la solution à 10 p. 100, dilatation des pupilles après 40-60 minutes.

La dilatation est la même pour les deux yeux et ne produit ni modification de l'accommodation, ni inflammation secondaire.

La dilatation ne se produit pas *in extenso*, mais assez complètement toutefois, pour permettre l'examen ophtalmoscopique de toute la rétine. La pupille en tous les cas réagit à l'influence d'une forte lumière.

L'accommodation n'est pas paralysée ou ne l'est que très peu.

Les enfants et les vieillards sont plus sensibles que les adultes robustes.

Si l'iris est dans un état d'inflammation ou d'excitation, il ne se produit pas de dilatation remarquable.

La durée de la dilatation de la pupille jusqu'au retour aux dimensions normales oscille entre 5 et 20 heures.

Même après un usage continuel de deux semaines, l'éphédrine ne donne lieu ni à la conjonctivite ni à aucun autre inconvénient.

L'usage de l'éphédrine ne produit ni augmentation, ni diminution de la pression endoculaire. En ce qui concerne la paralysie de l'accommodation sur quatre sujets, un seul a eu le punctum proximum déplacé de 15 millimètres seulement.

Les expériences comparatives faites avec des solutions d'homatropine ont prouvé qu'après l'instillation de cette substance il fallait 69 heures pour que la pupille revînt à sa grandeur primitive.

On peut donc conclure de ces différentes expériences que l'*ephedrinum muriaticum* est un mydriatique commode, pouvant être employé pour l'examen ophtalmoscopique.

L'éphédrine est préférable à l'homatropine, à cause de la facilité de sa préparation et de son bon marché, quoiqu'il faille l'employer à concentration 10 fois plus forte que les solutions à instiller; de plus, elle ne produit ni phénomènes secondaires, ni paralysie de l'accommodation.

*Pseudo-éphédrine.* Il a paru intéressant à M. de Vriese de rechercher quelles étaient les propriété de la pseudo-éphédrine.

La pseudo-éphédrine a une action sur la pupille. Cette action se traduit par une forte dilatation.

La dilatation ne se produit que lentement avec des solutions à 1 p. 100. Avec des solutions plus concentrées (10 à 12 p. 100) elle se produit chez l'homme après environ 30 à 35 minutes.

Il est nécessaire d'instiller à 2 ou 3 reprises, à intervalles assez rapprochés et quelques gouttes à la fois.

La sensibilité de la pupille à l'action du médicament varie légèrement suivant les sujets.

Les réflexes lumineux et accommodateurs sont parfaitement conservés.

L'accommodation ni la réfraction ne subissent aucune modification.

Le médicament n'altère pas la sensibilité et ne produit aucune inflammation même après de nombreuses instillations continuées pendant 2 à 3 jours.

La pression endoculaire n'est pas modifiée.

La dilatation de la pupille se produit progressivement et sans secousses; elle n'arrive pas tout à fait *in extenso*, comme pour l'atropine, mais elle est plus que suffisante pour un examen ophtalmoscopique complet.

La pupille revient à sa grandeur normale au bout de 6 à 9 heures, suivant les sujets; le retour a également lieu graduellement et sans secousses.

De ses expériences l'auteur conclut que la pseudo-éphédrine agit en même temps sur les fibres terminales de l'oculo-moteur et sur les fibres musculaires du sphincter pupillaire. Les fibres nerveuses ne sont que légèrement paralysées, les fibres musculaires le sont pour ainsi dire complètement.

Ne produisant ni l'inflammation ni troubles de la réfraction et de l'accommodation, ne

modifiant pas la pression intra-oculaire et pouvant être impunément employée pendant longtemps, la pseudo-éphédrine pourrait peut-être présenter des avantages pratiques sur les autres mydriatiques. — P. N.

# ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 juin 1889. — Présidence de M. Maurice PERRIN.

La correspondance comprend :

1° Lettres de MM. Le Dentu et Chauvel, pour se porter candidats à la place vacante dans la section de médecine opératoire;

2° Un mémoire de M. Fiessinger, d'Oyonnax (Ain), sur la grippe infectieuse;

3° Un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1888-1889, à Arles, pendant l'épidémie de variole, par M. Rey (Félix);

4° Un mémoire du docteur Pedrono, de Lorient, sur une épidémie de variole;

5° Un mémoire intitulé : « Contribution à l'étude physiologique de l'essence d'hysope », par MM. Cadéac et Albin Meunier, de Lyon.

— M. POLAILLON lit un mémoire sur le chloroforme méthylique qu'a déjà étudié M. Regnauld. Il a montré que c'était un mélange de 4 vol. de chloroforme et de 1 vol. d'alcool méthylique. M. Regnauld a donné à M. Polaillon plusieurs litres de ce mélange et, le chloroforme ayant amené des accidents et un cas de mort dans son service, celui-ci a mis le chloroforme méthylique en expérience et l'a employé sur 17 femmes et 10 hommes dont il rapporte les observations.

Chez les femmes, il n'y a eu que deux cas d'anesthésie incomplète ; l'anesthésie complète a été obtenue dans un temps variant entre sept et vingt-deux minutes ; il y a eu cinq fois des vomissements au réveil et une fois pendant l'opération. Le sommeil est plus léger et le réveil plus facile qu'avec le chloroforme ordinaire.

Chez les hommes, l'action du chloroforme méthylique est ordinairement très lente; quelques sujets y sont rebelles, mais le sommeil est paisible une fois que l'anesthésie est obtenue.

La lenteur de l'anesthésie chez les opérés de l'un et de l'autre sexe n'est qu'un inconvénient peu important lorsqu'elle ne dépasse pas quinze à vingt minutes. Mais cet inconvénient devient un défaut sérieux lorsque l'anesthésie tarde davantage, parce que le patient devient anxieux, s'énerve et perd courage. Enfin, si l'anesthésie ne peut pas avoir lieu, comme nous l'avons constaté quatre fois sur dix chez des hommes, le chloroforme est entaché d'un vice rédhibitoire.

La sécurité du chloroforme méthylique compense-t-elle sa lenteur ? Il faudrait un très grand nombre d'observations pour répondre à cette question. Pour M. Polaillon, le chloroforme méthylique n'est certainement pas exempt de dangers, car il a produit un commencement d'asphyxie chez un de ses opérés.

Toutefois, il lui a semblé que, sous son action, la respiration et le pouls étaient réguliers, et qu'ils causaient moins d'alertes qu'avec le chloroforme ordinaire. Il penche à croire qu'il est moins dangereux que ce dernier.

En définitive, si le chloroforme méthylique lui a paru préférable au chloroforme ordinaire pour anesthésier les femmes, il lui est inférieur pour l'anesthésie des hommes. Il est loin de mériter les éloges que lui a décernés sir Spencer Wells. De sorte qu'il y a entre l'identité chimique du chlorure de méthylène anglais et du chloroforme méthylique de M. Regnauld (4 vol. de chloroforme et 1 vol. d'alcool méthylique) démontrée par lui et l'effet pratique de ces deux agents anesthésiques, une inconnue qui reste encore à découvrir.

Il faut remercier MM. Regnauld et Villejean de leurs efforts pour avoir un chloroforme meilleur.

M. LE FORT admet que tous les anesthésiques, y compris le chloroforme absolument pur, peuvent causer la mort par syncope. Ils provoquent aussi des incidents plus ou moins graves qui parfois compliquent beaucoup une opération, comme par exemple la hernie de l'intestin amenée par des efforts de vomissements pendant la laparotomie. Ces incidents sont devenus plus fréquents depuis que l'on fabrique le chloroforme avec des alcools qui viennent du Nord et qui contiennent des alcools autres que l'alcool éthylique.

M. Le Fort a obtenu des résultats très satisfaisants avec le méthylène. Il a essayé cinq fois le liquide de M. Régnauld et n'en est pas très partisan.

M. LABORDE a employé avec succès le bichlorure de méthylène chez le chien, tandis que le chloroforme en tue beaucoup.

M. LAGNEAU rend compte d'une « Etude statistique et clinique sur Marseillan » par M. Durand. Le dernier recensement a donné 3,791 habitants : 24 p. 100 des familles n'avaient pas d'enfants vivants, 30 p. 100 un seul enfant, 24 p. 100 deux, etc.

Malheureusement ces résultats ne portent que sur une seule année, ce qui leur enlève de leur valeur.

M. ROCHARD fait un rapport sur un mémoire de M. Chauvel relatif au traitement des abcès du foie par l'incision directe.

M. Chauvel insiste sur la difficulté du diagnostic des abcès du foie et sur la nécessité d'agir promptement lorsqu'il est posé, mais il conseille la ponction exploratrice préalable et l'incision faite, couche par couche, avec lenteur et précaution. M. Rochard ne comprend pas l'utilité de ces deux pratiques.

La ponction a pour but de fixer définitivement le diagnostic. Du moment où elle donne du pus, il faut ouvrir. L'expectation n'est pas rationnelle et n'a jamais donné que de mauvais résultats. Il est plus logique de profiter de ce que la pointe du trocart est dans le foyer pour arriver jusqu'à lui. Il est plus expéditif, plus sûr de suivre ce guide pour pénétrer sûrement dans la collection et l'ouvrir d'un coup, que de diviser la paroi, couche par couche, comme si on connaissait mal la direction à suivre.

M. Chauvel conseille de placer l'incision entre deux côtes. Or, il arrive parfois qu'elles se rapprochent, compriment les drains et empêchent l'écoulement du liquide. On peut alors reséquer un bout de la huitième côte d'abord, de la neuvième ensuite. La suture des lèvres de la plaie pariétale à celles de la plaie hépatique est combattue par MM. Rochard et Chauvel.

## FORMULAIRE

### SOLUTION ANTISEPTIQUE CONTRE L'OZÈNE. — Moure.

| | | |
|---|---|---|
| Acide phénique | 20 | grammes. |
| Glycérine pure | 100 | — |
| Alcool à 90° | 50 | — |
| Eau | 350 | — |

Faites dissoudre. — Une cuillerée à bouche dans un demi-litre d'eau tiède, pour irrigations nasales, dans le cas d'ozène. On peut remplacer, dans certains cas, l'acide phénique par le chloral, la résorcine, l'acide salicylique, le salicylate de soude. On change de solution antiseptique tous les mois, pour éviter l'accoutumance. Après la douche nasale, recourir à une pulvérisation faite avec une solution d'alun ou de tannin, ou bien à une insufflation d'acide borique additionné d'une petite quantité de résorcine très finement pulvérisée. — Cet ensemble de traitement sera fait tous les jours, matin et soir, pendant des mois et même pendant des années, suivant l'intensité de la maladie. — A l'intérieur, huile de foie de morue, et iodure de potassium à petites doses; cure à Salies ou à la mer. — N. G.

## COURRIER

Par décret, en date du 19 juin 1889, M. le docteur David, directeur de l'Ecole dentaire de Paris, est nommé membre suppléant du jury des récompenses de l'Exposition, en remplacement de M. le docteur Magitot, nommé membre titulaire dudit jury.

Par décrets, en date du 22 juin 1889, ont été nommés :

1° Professeur de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine de Paris, M. Pinard, agrégé.

2° Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, M. Grynfelt (par permutation), en remplacement de M. Dumas, décédé.

3° Professeur d'opérations et appareils, M. Chalot, en remplacement de M. Grynfelt, appelé sur sa demande, à d'autres fonctions (permutation).

4° Professeur d'histoire naturelle à la Faculté de médecine de Nancy, M. Macé, agrégé.

Hôpitaux de Paris. — De petits drapeaux indiquent actuellement les accouchements qui se font à la clinique. Bleu = accouchement simple ; jaune = dystocie ; vert = opération.

— Par suite de la nomination de M. Tarnier à la chaire de clinique obstétricale, M. Guéniot est nommé chirurgien de la Maternité.

— L'inspectorat des eaux minérales d'Aix-les-Bains est supprimé.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Astié, médecin principal de première classe de l'armée, en retraite, Favre (de Lyon), Pradier (de Clermont-Ferrand), Riquier (de Cayeux-sur-Mer) et Thau (de Montpellier).

Clinique des Quinze-Vingts. — *Concours pour une place de médecin adjoint.* — La date du concours primitivement fixée au 5 août, est reculée, et sera ultérieurement indiquée.

L'art. 8 de l'arrêté du 24 mai qui imposait au candidat désigné par le jury un stage de six mois est supprimé.

La limite d'âge de 35 ans ne sera pas maintenue.

— M. le docteur Léger est nommé membre suppléant du Conseil privé de la Guadeloupe.

— M. le docteur Colin est chargé d'une mission à l'effet de poursuivre les études topographiques et les recherches d'histoire naturelle qu'il a entreprises au Sénégal.

— M. Lafon, chimiste, commencera le 4 juillet un cours pratique de chimie, microbiologie et microscopie médicales.

S'inscrire au laboratoire de trois à quatre heures, 7, rue des Saints-Pères.

**Postes médicaux.** — Un docteur en médecine, ancien externe et interne des hôpitaux, demande à faire un remplacement médical. — S'adresser à M. le docteur L.-G. Richelot, 32, rue de Penthièvre.



*Le Gérant :* G. RICHELOT.

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.

**Sommaire**



# BULLETIN

La communication de M. Polaillon à l'Académie de médecine montre que le dernier mot est loin d'être dit sur l'anesthésie chirurgicale et les substances propres à la déterminer. Le chloroforme méthylique va-t-il l'emporter sur le chloroforme ordinaire? Il est difficile de répondre à cette question par oui ou par non. Lorsqu'il s'agit d'anesthésie chirurgicale, il me semble qu'on a grand tort de vouloir se prononcer d'une manière radicale en faveur d'un agent anesthésique ou d'une manière de l'administrer. C'est avec raison qu'on a dit : « *Tot capita, quot sensus* », et qu'on peut dire aussi : « Autant de malades, autant de manière de supporter l'anesthésie générale. » M. le professeur Le Fort me paraît avoir grandement raison de soutenir, à propos de cette question si controversée du danger des anesthésiques, « que les accidents mortels peuvent se produire avec n'importe quel anesthésique et quelles que soient les précautions dont s'est entouré le chirurgien, et qu'il ne saurait en aucune façon partager l'opinion des chirurgiens qui ont cru pouvoir affirmer que le chloroforme pur et bien administré ne tue jamais ».

M. Polaillon a observé un cas qui prouve que le chloroforme, même

# FEUILLETON

La classe XIV *(instruments de chirurgie, orthopédie, prothèse, etc.)* a l'Exposition universelle (1).

La chirurgie utérine a fait depuis dix ans de très grands progrès; l'outillage nécessaire aux opérations sur l'utérus s'en est forcément ressenti; on a modifié les instruments qui existaient déjà et on en a inventé d'autres. J'ai déjà dit de quelle manière M. Collin avait modifié le spéculum de Cusco, afin d'avoir un plus large accès dans le vagin et plus de jour pendant les opérations; il expose aussi tout un jeu de valves à courbures et de largeurs diverses, en acier trempé, nickelé, à manche solide; on a ainsi un jour superbe.

Il y a aussi un dilatateur utérin, des pinces de Museux modifiées, de manière que le chirurgien puisse accrocher l'utérus sans se piquer les doigts; ce sont, comme la plupart de ceux dont nous avons déjà parlé, des appareils courants, qui ont fait leurs preuves, et qui n'ont pas été préparés tout exprès pour l'Exposition.

Parmi ces appareils se trouvent deux redresseurs utérins construits sur les indications de M. le professeur Trélat : l'un est d'une seule pièce, rigide, assez analogue à un

(1) Suite. — Voir le numéro du 27 juin 1889.

administré avec soin, peut être mortel, et il suppose que, dans ce cas, le chloroforme a dû agir comme certains poisons cardiaques et doit être incriminé. Mais il s'agissait d'un « chloroforme des hôpitaux » qui depuis quelque temps déjà avait déterminé divers accidents chez ses malades. Si donc on veut remplacer dans les pharmacies des hôpitaux le chloroforme anesthésique par le chloroforme méthylique, qui nous dit que dans quelque temps cette nouvelle substance ne s'altérera pas et ne produira pas les mêmes accidents? Tout le monde ne peut pas, comme M. le professeur Le Fort, faire venir d'Angleterre le méthylène, qui est très coûteux; quant à la mixture qu'on donne sous ce nom en France, elle ne produit pas les mêmes effets, et il est à croire qu'elle n'est pas de composition analogue. Ces effets sont même variables de l'homme à la femme; le chloroforme méthylique a paru à M. Polaillon supérieur au chloroforme ordinaire pour endormir les femmes, et inférieur pour endormir les hommes; comme le chloroforme ordinaire, il fait vomir les malades.

Tous ces essais ne nous paraissent donc pas devoir détrôner le chloroforme. Je crois que le meilleur principe en fait d'anesthésie chirurgicale est de n'en pas avoir et de se persuader qu'il n'y a pas deux malades qui se ressemblent. Il faut que la personne chargée du chloroforme ne s'occupe que de cela, l'œil sur les mouvements respiratoires et le doigt sur le pouls; dès que l'un vient à faiblir, il faut suspendre le chloroforme et se tenir prêt à pratiquer la flagellation ou la respiration artificielle. Mais ce n'est pas ici le lieu de parler de ce que je sais en matière de chloroformisation. Je recueille en ce moment des faits que je publierai quand ils seront assez nombreux. — L.-H. P.

---

### Congrès des Sociétés savantes tenu à la Sorbonne

*Section des sciences médicales.*

M. le docteur Florain (d'Orléans) fait une communication sur l'action de la salive sur les plantes. Cette action qui est toxique a été reconnue par M. Chouppe et elle est due

---

hystéromètre, mais plus volumineux; l'autre présente à la réunion de sa portion utérine avec le manche ou portion vaginale une articulation qui permet de faire mouvoir la première sur la seconde au moyen d'une vis de rappel située dans le manche; avec le premier, on peut réduire les déviations peu prononcées, dépourvues d'adhérences; le second convient mieux aux rétroflexions avec adhérences, qu'on réduit lentement, progressivement en imprimant à la portion utérine de l'instrument un mouvement de flexion plus ou moins prononcé au moyen de la vis de rappel.

Nous trouvons dans cette catégorie un instrument volumineux, bizarre, composé de deux longs cylindres adaptés à un forceps, qui nous a beaucoup intrigué. Voici son histoire : Un jour M. Collin assistait à l'examen d'une malade que M. Segond se proposait de délivrer d'un énorme polype du vagin remplissant toute la cavité; le morcellement de cette tumeur, qui était très dure, aurait été des plus pénibles, et M. Segond se plaignit à M. Collin de ne pas avoir à sa disposition d'instrument qui put faciliter cette laborieuse extraction. « Je vais vous en faire un, dit M. Collin. » Quelques jours après, il apportait un forceps, ordinaire dans ses cuillers, terminé à son autre extrémité par la fermeture des pinces utérines ordinaires, toutes proportions gardées bien entendu; mais, au niveau de son articulation se trouvait un conduit cylindrique de quelques centimètres de long, permettant d'introduire par là un des longs cylindres dont je parlais tout à l'heure. L'un d'eux, très tranchant à l'une de ses extrémités, était introduit par cette extrémité dans le conduit cylindrique de l'articulation, et enfoncé ensuite dans la tumeur en lui imprimant un mouvement circulaire; ce cylindre, grâce à un arrêt, ne

au sulfocyanate de potassium. Les tiges, fleurs, feuilles des végétaux intoxiqués ont toujours fourni la réaction caractéristique de ce sel.

Le sulfocyanate peut être donné aux animaux à des doses assez élevées sans accidents. L'auteur de la communication en a pris 0,10 et 0,20 centigrammes sans éprouver d'autre inconvénient qu'un peu de pesanteur rénale. Il empoisonne du reste facilement et tue le lapin à la dose de 1 gramme.

Normalement contenu dans la salive de l'homme, il semble destiné à enrayer l'introduction des microbes dans l'organisme, et il serait intéressant d'étudier, au profit de la thérapeutique, ses propriétés physiologiques.

— M. Moreau de Tours appelle l'attention sur la contagion du crime et sa prophylaxie. Il a cru faire acte utile en recherchant la cause de l'augmentation des crimes et les moyens propres à l'atténuer.

La cause est double : 1° elle tient à l'hérédité, à un état nerveux spécial de l'individu qui, plus que tout autre, le rend apte à subir l'influence redoutable de l'imitation. De même que l'on voit certains tics se communiquer rapidement d'une personne à une autre, de même voyons-nous l'idée du crime surgir à la lecture d'un fait analogue et la conception faire place à l'exécution ; 2° elle tient encore à la trop grande publicité donnée au récit des attentats de toutes sortes, attentats qui sont reproduits avec un luxe de détails inimaginables par les journaux, surtout par des journaux illustrés qui s'emparent de tous les crimes retentissants et les étalent sous les yeux du public. La presse n'a, il est vrai, qu'un simple rôle de propagation : elle établit le fil conducteur qui va mettre le feu aux matières explosibles accumulées par les causes prédisposantes, dont l'hérédité est incontestablement la plus importante.

Pour voir s'arrêter cet accroissement effroyable d'attentats contre les personnes, pour mettre un terme aux ravages qu'exerce cette épidémie, le seul moyen vraiment utile serait de faire le silence le plus complet autour de tous les crimes qui se commettent, ou, s'il faut absolument en parler, le faire en termes brefs, concis, avec une extrême réserve.

— M. Sandras propose de déposer de la colophane sur les cordes vocales pour les modifier.

— M. Montessus lit un mémoire sur la métrite des jeunes filles. Elle dépend habituellement de la chlorose et existe sous deux variétés : métrite atrophique, métrite spongiforme. Le traitement ne réclame jamais de moyens violents.

---

pouvait dépasser l'extrémité des cuillers du forceps, ni aller par conséquent blesser autre chose que la tumeur. Ce premier cylindre avait donc détaché un copeau cylindrique de la tumeur, d'environ 3 à 4 centimètres de diamètre; mais ce copeau tenait encore par sa base; alors on introduisait dans le premier cylindre le second, terminé à une extrémité par trois petites lames tranchantes, inclinées vers la cavité du cylindre. En imprimant à celui-ci le même mouvement qu'au premier, on réduit le copeau en lanières jusqu'à son pédicule qui est ainsi coupé; le copeau est retiré avec les deux cylindres; on peut alors rapprocher les deux branches du forceps et retailler successivement autant de copeaux qu'il est nécessaire pour qu'on puisse atteindre et sectionner le pédicule de la tumeur et amincir celle-ci assez pour qu'elle puisse sortir par la vulve.

M. Segond n'a pu encore appliquer cet appareil sur le vivant, mais, d'après les essais faits sur de gros polypes extraits de la cavité abdominale, il paraît devoir rendre de grands services.

Nous trouvons encore là deux instruments imaginés par M. Tarnier, un embryotome rachiden, composé essentiellement d'un crochet qui va saisir le rachis et d'une lame qui va rejoindre le crochet, coupant tout sur son passage, et un dilatateur utérin pour accouchement prématuré. Cet instrument est très simple à manœuvrer, trop simple même, car il pourrait être employé par les sages-femmes, ce qui toutefois serait encore une garantie, ou par d'autres d'une moralité moins éprouvée. Il consiste en trois branches terminées d'un côté par une petite cuiller réunie à angle avec la tige, et de l'autre

— M. Garrigou lit un travail sur la phthisie et les eaux des Pyrénées. La phthisie peut guérir par l'usage d'un grand nombre des eaux pyrénéennes prises en boissons. Les plus actives sont celles qui contiennent le p us grand nombre et la plus grande quantité de métaux.

— M. Moulé, en son nom et au nom de M. Nocard, lit une note sur les viandes altérées à odeur de beurre rance.

Sur 1790 examens de viandes saisies, ils ont vu cette altération 24 fois. Elle est causée par un bacille spécial qui exige un grossissement de 800 à 1000 diamètres pour être découvert et après coloration par le bleu de méthylène semble sporulé. Il n'est pas pathogène, mais est associé à d'autres microbes très dangereux qui provoquent rapidement la mort de l'animal auquel on inocule le sang et le suc des viandes à odeur de beurre rance. La viande de l'animal intoxiqué exhale la même odeur.

— M. Fabre (de Commentry) s'occupe des maladies des ouvriers mineurs.

En laissant de côté les traumatismes et les accidents résultant d'accidents (coups d'eau, grisou, etc.), les maladies auxquelles ils sont le plus sujets se rattachent à quatre groupes :

1° Maladies des voies respiratoires, sous forme d'emphysème vésiculaire, bronchites chroniques, dilatation des bronches ;

2° Maladies des voies circulatoires : anémie, hypertrophie cardiaque, anoxhémie ;

3° Maladies des voies digestives : dyspepsie, vertige stomacal, dysenterie, helminthiase ;

4° Troubles morbides du côté des organes des sens : surdité par bouchons cérumineux ; éruptions cutanées.

— M. le docteur Motais (d'Angers) traite de l'hérédité de la myopie. Les opinions les plus contradictoires ont été émises jusqu'ici sur l'influence héréditaire dans la myopie. Tandis que Querenghi, Widmarck, Deeren, Knies, la nient absolument, Straumann l'admet dans la proportion de 56 p. 100, et Galezowski dans 83 p. 100. Une telle différence d'appréciation tient à ce qu'on s'est borné à prendre des renseignements près des jeunes gens directement examinés. Cette méthode imparfaite ne peut donner de résultats précis. L'auteur a examiné avec l'ophtalmoscope et les échelles, non seulement les jeunes gens, au nombre de 330, mais toutes les personnes de leurs familles. Il arrive aux conclusions suivantes :

1° L'influence héréditaire sur la myopie est manifeste ;

2° Dans sa statistique, elle existe pour 216 familles sur 300, 65 p. 100;

---

par un crochet; ces branches se réunissent en leur milieu par l'articulation système Collin modifiée *ad hoc* ; on introduit séparément les trois branches dans le col utérin, la première s'articule avec la seconde et la troisième avec les deux première ; ceci fait, on place un lien en caoutchouc sur le crochet de l'extrémité libre des branches et on abandonne l'appareil à lui-même. Sous l'influence de l'action continue du caoutchouc, les extrémités utérines des branches s'écartent, le col se dilate et l'accouchement survient assez rapidement.

Le ligateur élastique de M. Pozzi, destiné à être abandonné lorsque le lien élastique est en place, a été modifié d'une manière très heureuse; la fixation du lien élastique est plus facile, plus rapide, et la partie métallique laissée en place, dans le vagin ou ailleurs, moins volumineuse.

Je ne dois pas oublier de mentionner plusieurs sondes à injections intra-utérines, modifications de celle de Doléris, en particulier une de M. Segond, laquelle écarte mieux et lave mieux que les autres.

La boîte à staphylorraphie de M. Trélat fait très bonne figure au milieu des autres *appareils* complets pour une opération. M. Collin y apporte tout le soin voulu. Les aiguilles de J.-L. Reverdin modifiées par A. Reverdin sont beaucoup plus commodes que les anciennes; le chas s'ouvre en appuyant sur un petit levier situé au point où la pulpe du pouce arrive sur le manche ; de plus la fermeture ne se fait plus avec une petite tige extérieure, qui se faussait souvent, mais par une tige située dans l'intérieur de l'aiguille elle-même. D'ailleurs cette aiguille a été l'objet de l'ingéniosité de bien des construc-

3° La myopie héréditaire se distingue de la myopie acquise : *a*) par son apparition plus précoce; *b*) par son développement plus rapide; *c*) par la moyenne plus élevée de son degré; *d*) par les complications plus fréquentes et plus étendues;

4° La myopie est en général transmise par le père à sa fille (70 p. 100) et — plus sûrement encore — par la mère à son fils (86 p. 100). La myopie héréditaire est donc croisée, au point de vue sexuel. Nous attirons l'attention sur ce fait remarquable, qui n'avait pas été mis en lumière jusqu'ici;

5° Les principales conditions qui favorisent la transmission héréditaire sont : *a*) avant tout, l'application de la vue dans un milieu hygiénique défavorable, soit à l'école, soit à la maison paternelle; *b*) l'astigmatisme d'un certain degré (au dessous de 0,75), 28 p. 100; *c*) la *microsémie* (abaissement de la voûte orbitaire), 16 p. 100; 6° la conclusion de la démonstration très nette de la myopie héréditaire dans une proportion élevée (65 p. 100) doit être d'imposer à tous ceux qui dirigent l'éducation des enfants une hygiène oculaire plus rigoureuse, tant à l'école qu'à la maison paternelle.

— M. Beaunis communique ses recherches sur la mémoire des sensations; il arrive aux conclusions suivantes :

1° La sensation ne disparaît pas graduellement de la conscience; le souvenir d'une sensation musculaire, tactile, visuelle, auditive, ne s'affaiblit pas graduellement; il s'évanouit brusquement, tout à coup. Ce phénomène peut être rapproché de celui de la *réapparition du souvenir*. Le mot, le nom cherchés vainement, nous sautent à l'esprit subitement, tout d'un coup.

2° Quand le souvenir de la sensation a ainsi disparu de la conscience, ce souvenir paraît encore à l'état inconscient.

On peut donc établir trois phases dans la disparition du souvenir d'une sensation :

*a*) Phase de souvenir conscient;

*b*) Phase de souvenir inconscient;

*c*) Phase d'oubli total.

Ces expériences autorisent à distinguer une mémoire inconsciente ou organique et une mémoire consciente ou psychique, qui se superpose à la première.

3° L'examen des chiffres et des courbes dressées d'après ces chiffres semble indiquer qu'il y a dans la disparition d'un souvenir sensitif des alternatives de haut et de bas. La courbe de disparition du souvenir sensitif (courbe des écarts) présente des oscillations,

---

teurs de façon à servir pour toutes les sutures externes ou cavitaires, car on la retrouve, avec des modifications différentes, dans presque toutes les vitrines. Nous aurons donc encore l'occasion d'en parler dans la suite de cette revue.

On connaît la petite machine inventée par M. Collin pour réduire en pulpe la viande crue; il en a fabriqué depuis une autre plus compliquée, il est vrai, mais d'un maniement tout aussi commode, pour faire de la pulpe de viande cuite; celle-ci est hachée si menu que c'est une véritable gelée, capable de se dissoudre en quelque sorte dans un verre d'eau, à laquelle elle donne une coloration appétissante; on peut hacher de cette façon 15 kilogrammes de viande en une heure.

J'arrive maintenant aux appareils orthopédiques de M. Collin. Il y en a, on peut le dire, pour tous les goûts et pour toutes les bourses. Je remarque d'abord ses membres artificiels, très élégants, les plus élégants que j'ai vus, surtout les membres inférieurs, pour moignons de jambe ou de cuisse, après l'amputation de la jambe à la partie inférieure ou supérieure; — un bras dont la main jouit d'une fermeture entre le pouce et l'index, au moyen d'un levier axillaire, dans toutes les positions de flexion de l'avant-bras sur le bras, et permet même de coudre, tant le mouvement est exact et facile; — un appareil destiné à prévenir les luxations récidivantes de l'épaule en permettant tous les mouvements du bras, sauf celui qui provoque la luxation; — un petit appareil très simple pour pied-bot, de l'invention de M. Trélat, si je ne me trompe, et qui permet de diriger le pied vers une bonne attitude au moyen de petits liens de caoutchouc tirant le pied dans le sens désiré; — divers appareils pour scoliose, chaque cas demandant

des alternatives de réapparition et d'extinction relatives jusqu'à l'extinction finale du souvenir.

Dans le cours de ces recherches, M. Beaunis a pu vérifier un fait qui avait déjà été observé par Vierort dans ses expériences sur le *sens de la durée*. C'est que nous avons une tendance à augmenter les petites quantités (longueurs, durées) et à diminuer les grandes.

— M. Rietsch, en son nom et au nom de M. du Bourguét, fait connaître les résultats de leurs recherches sur l'ulcère de l'Yémen. Il est causé par un bacille qui a en moyenne 1 μ 5 et est alors deux fois plus long que large; parfois il est si court qu'il ressemble à un coccus. Les auteurs donnent les résultats obtenus par des cultures sur différents milieux.

M. Le Roy de Méricourt insiste sur ce point qu'il est mauvais de désigner des affections par des noms géographiques. Très probablement l'ulcère de l'Yémen n'est qu'une sorte de phagédénisme.

— M. Guelpa communique les conclusions qui résultent de ses travaux et de ceux de M. Weber sur le tétanos :

1° Le tétanos est une maladie infectieuse;

2° Le tétanos rhumatismal, dans le vrai sens du mot, n'existe pas;

3° Les accidents tétaniques ne sont pas l'effet direct *du* ou *des* microbes, mais la conséquence des toxines sécrétées par eux;

4° Au moins pendant les premières manifestations tétaniques, la pullulation microbienne reste limitée au siège de la porte d'entrée de l'infection.

Ce ne serait que plus tard, et encore bien rarement (6 p. 100 d'après Rosembach), qu'il y aurait généralisation des bacilles dans l'organisme;

5° Au point de vue du traitement, il y a trois buts à atteindre :

*a*) La destruction du foyer bacillaire;

*b*) L'élimination hors de l'organisme des produits du microbe pathogène; la sédation du système nerveux;

*c*) Nous parviendrons souvent au premier désidératum en faisant des grattages et de forts débridements, de vraies amputations profondes.

Après on pratiquera immédiatement un abondant lavage et un pansement ouaté avec une forte solution de sublimé corrosif, ou peut-être mieux avec une forte solution d'acide nitrique ou sulfurique.

---

presque un appareil différent, suivant son ancienneté et l'étendue des courbures de compensation; — d'une manière générale, M. Collin préfère ne pas perforer de trous le cuir des cuirasses moulées, afin de leur donner plus de solidité; — un appareil très ingénieux pour mal de Pott cervical, permettant de faire graduellement l'extension et le redressement du rachis tout en l'immobilisant; — l'appareil de M. Lannelongue pour redresser les genoux fléchis, au moyen d'une extension permanente, et qui pourrait, avec quelques modifications du côté des points d'appui sur le bassin, servir à l'extension continue dans la coxalgie; — un autre appareil très simple aussi pour redresser et fléchir à volonté, avec la lenteur désirée, l'avant-bras sur le bras; — un petit appareil pour contre-extension, formé d'une poulie et d'un écrou qui permet de la fixer partout; — un moufle pour réduire les luxations de l'épaule. M. Collin a remplacé ici les cordes qui s'allongent et ne donnent pas toujours une indication exacte au dynamomètre, par un solide et épais ruban de fil, une véritable sangle qui réunit les deux parties de l'appareil et s'enroule autour d'un petit cylindre à crémaillère manœuvré à la main; on se rend ainsi mieux compte de l'effort et l'indication donnée par le dynamomètre est plus exacte. Employé dernièrement dans le service de M. Verneuil, ce petit appareil a parfaitement fonctionné.

Telles sont les choses nouvelles que l'on trouve dans les vitrines de M. Collin. Nouvelles, c'est-à-dire fabriquées depuis 1878, car, ainsi que je l'ai déjà dit, tous ces instruments et appareils sont employés couramment depuis un certain temps; ils ont fait leurs preuves et ont été adoptés par les praticiens; ce n'est peut-être pas tout ce qui a été

On favorise l'élimination des poisons solubles sécrétés par les micro-organismes, en activant les fonctions excrétoires.

On calmera le système nerveux en administrant de fortes doses de chloral, et, surtout, en tenant le malade dans le repos le plus absolu au point de vue du mouvement, du bruit, de la lumière, etc.;

6° La viande d'animaux tétaniques, et par les micro-organismes qu'elle peut contenir et par les toxines qu'elle contient certainement, doit être absolument bannie du commerce.

— M. Maurion appelle l'attention de l'autorité militaire sur la nécessité de la création d'un service de clinique dentaire.

## INFORMATIONS MÉDICALES

Nous n'avons pas à prendre parti ici pour ou contre la contagiosité de la lèpre; mais il est certain qu'elle tend à prendre de l'extension et on commence à se préoccuper de ce fait dans les colonies anglaises et à Londres même. Le prince de Galles a présidé récemment la séance d'un comité qui a pour but de recueillir des fonds destinés à élever un monument au Père Damien, mort de la lèpre aux îles Sandwich. Il s'était dévoué pour soigner les malheureux atteints de l'horrible maladie à laquelle il a fini par succomber à son tour.

En Angleterre même il paraît qu'il y a en ce moment une vingtaine de lépreux, mais leur nombre augmente beaucoup dans les Indes, et, vu les relations existant entre cette colonie et la mère patrie, une invasion sérieuse de la maladie est certainement à craindre dans les îles Britanniques. L'assemblée que présidait le prince de Galles a applaudi à l'initiative de l'héritier de la couronne lorsqu'il a proposé de commencer des études approfondies de la lèpre et de disposer, pour recevoir les malades, une salle spéciale dans un des hôpitaux de Londres.

— Le docteur Baréty a fait récemment à Nice une curieuse constatation. Le chiffre des naissances multiples y est exceptionnellement élevé et donne, pour ces dernières années, la proportion de 1 sur 75,54 pour les naissances doubles, de 1 sur 5,575 pour les naissances triples. Or, on sait que la moyenne générale est de 1 sur 89 pour les

---

construit depuis 1878 par la maison, car il a fallu probablement laisser dans des coins obscurs bien des inventions sur lesquelles les créateurs inexpérimentés fondaient de grandes espérances et qui n'ont pas été livrés à la publicité; on comprend que M. Collin n'ait pas exposé ces projets avortés. Ce qu'il a montré suffit pour soutenir la vieille renommée de ses ateliers.

Il y a là encore plusieurs appareils anciens, les derniers mots du thermo-cautère Paquelin, des pinces à forcipressure, des cranioclastes, de l'ostéoclaste pour genu valgum, etc.; un peu de dorure par-ci par-là pour rompre la monotonie de la nickelure et donner à ces appareils de la torture moderne un aspect artistique qui n'effraie pas trop les visiteurs profanes égarés dans la classe XIV.

(*A suivre.*) L.-H. Petit.

---

Bain aromatique. — Audhoui.

| | |
|---|---|
| Espèces aromatiques.............................. | 1000 grammes. |
| Eau bouillante.............................. | 10 litres. |
| Bicarbonate de soude.............................. | 250 grammes. |

Dissolvez le sel de soude dans l'infusion aromatique, et ajoutez la solution à l'eau du bain — Ce bain doit être pris un peu chaud, pour exciter et provoquer la diaphorèse.

N. G.

naissances doubles, de 1 sur 8,000 pour les triples. Le *Nice médical*, où écrit notre confrère, fait remarquer que la proportion moyenne en France n'est que de 1 sur 100 pour les naissances doubles, de 1 sur 10,000 pour les triples.

## COURRIER

Par arrêté, en date du 6 juin 1889, M. le docteur Commenge est nommé médecin honoraire du bureau de bienfaisance du IV[e] arrondissement de Paris.

Concours de prosectorat. — Le concours s'est terminé par la nomination de MM. Thiéry et Riffel, prosecteurs titulaires et Legueux, prosecteur provisoire.

Inspectorat des eaux minérales. — Le poste de médecin inspecteur vient d'être supprimé dans deux nouvelles stations thermales : Saint-Honoré et Royat.

Les arrêtés ministériels concernant les 29 stations dans lesquelles l'inspectorat a été out d'abord supprimé ont été signifiés ces jours derniers aux médecins-inspecteurs par les préfets. En même temps les médecins consultants ont été priés de prendre immédiatement en main, conformément a leurs engagements, le service des malades indigents.

A Aix-les-Bains — le seul établissement qui soit géré par l'Etat — Le ministre de l'Intérieur a enjoint au préfet de la Savoie de faire exercer les fonctions du ci-devant inspecteur relatives au personnel par des délégués du comité d'hygiène de Chambéry.

Dans cette station le corps médical a reconstitué, avec un nouveau règlement, l'ancienne Société médicale. A la première séance, au scrutin secret, le médecin inspecteur supprimé a été nommé membre du conseil de famille. Il a chaleureusement remercié ses confrères de ce témoignage d'estime et de bonne confraternité.

Ecole d'infirmières. — Le *Dispensaire général*, œuvre privée qui s'occupe du traitement des malades indigents à domicile, vient de décider la création d'un cours, ayant pour but de donner une instruction médicale élémentaire aux garde-malades et infirmières de la ville. Ce cours, absolument gratuit, commencera dans la deuxième quinzaine de juillet.

Hôpitaux de Lyon : Prix Bouchet. — Le prix Bouchet (300 francs) auquel peuvent concourir seulement les internes de quatrième année, vient d'être attribué (section de médecine) à M. Givre pour son mémoire sur l'étiologie de la phtisie chez les tisseurs en soie.

Bordeaux. — Mercredi 19 juin à l'hôpital militaire s'est effectuée la remise de la croix d'officier de la Légion d'honneur à M. le docteur Bouchard, professeur d'anatomie de notre Faculté. M. Bouchard, qui est en même temps officier supérieur de l'armée territoriale, a reçu l'insigne de sa nouvelle dignité devant un groupe nombreux de médecins militaires de tous les grades convoqués pour la circonstance. C'est M. le docteur Morache, directeur du service de santé du 18[e] corps d'armée, qui a promu militairement M. Bouchard a son nouveau grade dans l'ordre national, et lui a donné l'accolade traditionnelle en lui adressant ses vives félicitations. M. Bouchard a exprimé ses sentiments en quelques paroles très cordiales; il a ensuite reçu les compliments empressés de tous les assistants, heureux de voir son mérite et ses services honorés par la haute distinction dont il vient d'être l'objet.



Fin du Tome XLVII (Troisième Série.)

*Le Gérant :* G. RICHELOT.

# TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLVII

(TROISIÈME SERIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1889.

## A



## B

## C

G



H



I



J



K

## L



## M



## N



## O

T

Paris. — Imprimerie ALCAN-LÉVY, 24, rue Chauchat.